This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A 3 9015 00382 705 5
University of Michigan - BUHR

Digitized by Google

Digitized by Google

610.5
A44
Z5

Digitized by Google

Digitized by Google

610.5

Digitized by Google

Digitized by Google

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Grashey München — **von Krafft-Ebing** Wien — **Pelman** Bonn — **Schuchardt** Sachsenberg — **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Einundfünfzigster Band.

Mit fünf Tafeln.

Berlin.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1895.

Digitized by Google

Digitized by Google

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Ueber die Wachabtheilung der Heidelberger Irrenklinik. Von Prof. *Emil Kraepelin*. 1

Ueber Krankheitsdauer und Todesursachen bei der progressiven Paralyse. Von Dr. *Karl Heilbronner*-München. 22

Ueber Sulfonal, Trional und Tetronal. Von Dr. *Herting*, Assistenzarzt der Provinzial-Irrenanstalt Rittergut Altscherbitz. 98

Statistische Betrachtungen über Ausbruch, Verlauf, Dauer und Ausgang der allgemeinen Paralyse nebst eingehender Berücksichtigung der Befunde an der Leiche, namentlich an den Lungen, jedoch mit Ausschluss des Centralnervensystems. Von Dr. *Th. Kaes* in Hamburg (Friedrichsberg). 113

Die Königlich Sächsische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Untergöltzsch. Vom Director Med.-Rath Dr. *Lehmann*. (Hierzu Tafel I—III.) 163

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die 80. Versammlung des psychiatrischen Vereins in Berlin am 17. März 1894 178

Cramer und *Boedeker*, Ueber Begrenzung und Eintheilung der Paranoia. 178

60. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 26. November 1892. 206

Wernicke, zwei Fälle von „überwerthigen Ideen“ und zwei Fälle von „Motilitätspsychosen“. 206

61. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 1. März 1893. 206

H. Sachs, Demonstration des Gehirns des von Professor *Förster* beschriebenen Rindenblinden. 206

Wernicke, die Diagnose eines traumatischen Erweichungsherdes. . 207

Neisser berichtet über einen Kranken, welcher auf Veranlassung des Gerichts zur Zeit in Leubus zur Beobachtung sich befand. . . 207

62. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Sorau am 25. Juni 1893. 207

Hebold, Ein Beitrag zur Lehre von der Aphasie. 207

Selle, Einige Fälle von überwerthigen Ideen. 208

166214

Digitized by Google

Seite

Neisser, Kurze Mittheilung über vorausgegangene Psychosen bei Paralytikern. 211

Wernicke, über überwerthige und unterwerthige Ideen. 212

Schmidt, Einige Bemerkungen über die Sorauer Anstalt. 213

25. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe am 11. und 12. November 1893. 216

Dir. *Schüle*, Festrede zur 25. Zusammenkunft des Vereins. . . . 216

Dr. *Dittmar*, über die bei Besuchen der Geisteskranken in Irrenanstalten in Frage kommenden allgemeinen Gesichtspunkte. . . 221

Schüle, über die speciellen Indicationen und Contraindicationen der Besuche bei den verschiedenen Formen der Erkrankungen. . . 222

Prof. *Kirn*-Freiburg, Ueber Criminal-Anthropologie. 227

Dr. *Friedmann*-Mannheim, über die primordiale menstruelle Psychose. 228

Hecker-Wiesbaden, über larvirte und abortive Angstzustände der Neurasthenie. 829

2. Sitzung am 12. November. 231

Ueber Ueberwachungsabtheilung. Ref. Director *Sioli*-Frankfurt, Correferent Prof. *Kraepelin*-Heidelberg. 231

Dr. *Smith*-Marbach, welche Stellung sollen wir Aerzte der Alkoholfrage gegenüber einnehmen? 235

Dr. *Beyer*, Zur Pathologie der acuten hallucinatorischen Verworrenheit. 238

Dr. *Aschaffenburg*-Heidelberg, über Initialdelirien bei Typhus. . . 239

Dr. *Fürer*-Heidelberg, über das Zustandekommen von Gehörstäuschungen. 245

Nissl-Frankfurt a. M., Mittheilungen über Karyokinese im centralen Nervensystem. 245

Literatur.

Zimmer, *Fr.*, Lic. Dr., Prof. d. Theol., Dir. des ev. theol. Seminars in Herbron, Sünde oder Krankheit? Ein vergessenes Capitel aus der Theorie und Praxis der Seelsorge. — Lpz., Richter. 1894. 48 S. 248

Die Selbstmorde in der Preussischen Armee. Mit einer Karte in Steindruck. — Berlin, Mittler. 1894. 16 S. 249

Kleinere Mittheilungen.

Ueber Errichtung getrennter Anstalten für heilbare und unheilbare Geisteskranke. Von Prof. Dr. *Meschede*. 254

Fall von Selbstverstümmelung. Von Dr. *Freymuth*. 260

Neue Formulare der statistischen Irrenanstaltsberichte in Oesterreich. Von Dr. *Schlagenhausen*. 261

Evangelischer Diakonieverein. Von *Hans Laehr*. 263

Aus Hannover. — Aus Kgr. Sachsen. — Aus der Rheinprovinz. — Aus Oberösterreich. — Aerztekammern in Preussen. — In Rom. — Im Unterhause zu London. — Aus New-York. 265

Digitized by Google

Seite
Berichtigung. Von Dr. jur. *Ledig*. 268
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte. 269
Verein der deutschen Irrenärzte. 269
Naturforscher-Versammlung in Wien. 270
Personal-Nachrichten. 270

Zweites Heft.

Originalien.

Ueber den Nervus opticus der Taube. Von Dr. *Mayser*-Hildburghausen. (Hierzu Tafel IV u. V.) 271
Abgrenzung und Differenzial-Diagnose der Paranoia. Von Dr. *A. Cramer*, 2. Arzt der Landirrenanstalt Eberswalde. 286
Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Epilepsia nocturna. Von Dr. *Friedrich Lehmann*, Assistenzarzt der Kreisirrenanstalt Werneck. . 370
Ueber Autointoxications-Psychosen. Von Privatdocent Dr. *D. E. Jacobson*, 1. Assistenzarzt an der Irren- u. Nervenklinik des Communehospitals zu Kopenhagen. 379
Versuch über die bei Besuchen Geisteskranker in Frage kommenden allgemeinen Gesichtspunkte. Von Dr. *K. Dittmar*-Saargemünd. . 407
Die Unterbringung von geisteskranken Verbrechern. Von San.-Rath Dr. *R. Schroeter*-Eichberg. 432
Die Hypoplasie des Herzens bei Geistesschwachen. Von Director Dr. *Wulff*-Langenhagen. 447

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

53. ord. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 9. Juni 1894 zu Bonn. 458
Noetel-Andernach, Der Process Feldmann. 458
Liebmann, Ueber Chorea und Geistesstörung. 476
Thomsen, Klinisches über Zwangsvorstellung. 476
Prof. *Schultze*, Einige Bemerkungen über Hysterie u. Hypnotismus 476
28. Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zu Hannover am 1. Mai 1894. 480
Bruns-Hannover, Anatomische und klinische Demonstration. . . 480
Wulff, Demonstration eines Tumors des linken Scheitelbeines nebst Krankengeschichte. 484
Wulff, Ueber Hypoplasie des Herzens bei Geistesschwachen. . . 486
Otto Snell: Vom internationalen ärztlichen Congress zu Rom. . . 486
Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. Juni 1894. . 487
Moeli: Kurze Bemerkung zur Behandlung der Epilepsie. 487
Leppmann: Die sogenannte secundäre Paralyse, eine Anregung zur Sammelforschung. 488
Cramer und *Boedeker*, Abgrenzung der Paranoia. 488
Cramer: Klinische Mittheilung. 491

Digitized by Google

Literatur.

Seite

Traité des maladies mentales par le Dr. *H. Dagonet*. Avec la collaboration de *J. Dagonet* et *G. Duhamel*. — Paris, Libraire J. B. Baillière 1894. 493

Havelock Ellis, Man and woman: a study of human secondary sexual characters. — London, 1894, Walter Scott, 409 Seiten, 6 s. . . 500

Prof. Dr. *H. Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studirende. Mit 220 Abbildungen. — Berlin 1894, Verlag von S. Karger. 862 S. 507

Féré, La famille névropathique. — Paris, Alcan, 1894, pag. 334. . . 507

Brosius, *C. M.*, Die Verkennung des Irrseins. 2. Aufl. — Leipzig. 1894. 131 S. 511

Löwenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. — Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1894. 512

Dr. *Bené Semelaigne*, Les grands aliénistes français. Tome premier. — Par. Steinheil. 1894. 414 pp. 514

C. Lombroso u. *G. Ferrero*, Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte. Anthropologische Studien, gegründet auf eine Darstellung der Biologie und Psychologie des normalen Weibes. Autoris. Uebersetzung von Dr. med. *H. Kurella*. Mit 7 Tafeln, 18 Textillustrationen und dem Bildnisse *C. Lombroso*'s. — Hamburg 1894. Verl.-A.-G. (vorm. J. F. Richter). 590 S. 515

Pastor *G. Hafner*, Die Dämonischen des Neuen Testaments. Ein Vortrag, gehalten und dem Verein der deutschen Irrenärzte gewidmet. — Frankfurt a. M., K. Brechert, 1894. 33 S. 517

Dr. *Hans Laehr*, Die Dämonischen des Neuen Testaments. Eine Antwort auf Herrn Pastor *Hafner*'s Schrift über den gleichen Gegenstand. — Leipzig, Fr. Fischer, 1894. 30 S. 517

Kleinere Mittheilungen.

Irrenpflege in Tunis. Von Dr. *Otto Snell*. 519

Entscheidungen des Reichsgerichts. 520

Besondere Schulklassen für schwachbegabte Kinder. 521

Aus Lübeck. — Aus Oberöstreich. — Aus der Schweiz. — Die Zunahme der Irren in Irland. — Aus Amerika. 521

Verein zum Austausche der Anstaltsberichte. 524

Tagesordnung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Dresden am 21. und 22. September, Zeughausplatz 3 I. 524

Personal-Nachrichten. 526

Drittes Heft.

Originalien.

Bernhard von Gudden's hirnanatomische Experimentaluntersuchungen. Zusammengefasst dargestellt von Dr. *Nissl*, II. Arzte an der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. 527

Digitized by Google

Seite

Ein Fall von sanguinischer Minderwerthigkeit. Von Dr. *J. van Deventer*, Eerste Geneesheer-Directeur te Meerenberg. 550

Ueber das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei der Paranoia. Von Dr. *A. Mercklin*, II. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt Lauenburg i. Pomm. 579

Ueber einen Fall von Menstrualpsychose mit periodischer Struma und Exophthalmus. Von Dr. *Ernst Thoma*, Hilfsarzt in Illenau. . . . 590

Beitrag zur Lehre der Urinveränderungen bei Geisteskrankheiten, insbesondere bei der progressiven Paralyse der Irren. (Mit über 1000 Harnuntersuchungen bei 315 Geisteskranken und 2 casuistischen selbstbeobachteten Fällen von Diabetes mellitus und Glycosuria transitoria bei Dementia paralytica.) Von Dr. *P. R. Siegmund*, Assistenzarzt der Prov.-Irrenanstalt Rittergut Altscherbitz. . 602

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Verhandlungen des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins 641

Hoppe-Allenberg, Zur Wärterfrage 641

Kleinere Mittheilungen.

Fünfzigjähriges Jubiläum der Privat-Heilanstalt zu Endenich. . . . 647

Aus der Provinz Schlesien. 649

Statistik der Irrenanstalten in Preussen. 650

Verordnung des Ministeriums des Innern vom 30. Mai 1894. . . . 651

Gründung einer Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder im Kanton Baselland. 652

Personal-Nachrichten. 654

Viertes Heft.

Originalien.

Commotio, Hirnverletzung oder Neurose? Ein klinischer Beitrag zur Lehre von der Gehirnerschütterung. Von Privatdocent Dr. *Thomsen*, dirigirendem Arzt der Dr. *Hertz*'schen Privatanstalt in Bonn. . . 655

Gerichtsärztliche Beurtheilung von Gehirnverletzungen. Von Dr. med. *A. Schaefer*, Assistenzarzt der Irrenanstalt der Stadt Berlin, Herzberge zu Lichtenberg. 668

Statistische Betrachtung über die wichtigsten somatischen Anomalien bei allgemeiner Paralyse. Von *Theoder Kaes* in Hamburg (Friedrichsberg). 719

Impulsiver Diebstahl einer Choreatischen. Ein Gutachten. Von Dr. *H. Kurella* in Brieg. 770

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte, zu Dresden am 21. und 22. September 1894. 781

Dr. *Sommer*-Würzburg. Die Criminalpsychologie. . . . . .

Dr. *Binswanger*-Jena. Die Begrenzung der allgemeinen Paralyse. . 804

Digitized by Google

Seite

Dr. *Alzheimer*-Frankfurt a. M. Die arteriosklerotische Atrophie des Gehirns. 809

Dr. *Vogt*-Jena. Ueber die Fasersysteme der mittleren und caudalen Balkenabschnitte. 812

Dr. *Mendel*-Berlin. Die Geisteskranken in dem Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches für das deutsche Reich nach der zweiten Lesung desselben. 815

Dr. *Hitzig*-Halle. Ueber das gedruckte Referat von Dr. *Tigges* in Düsseldof „Die Krankengeschichte Feldmann's etc." 823

Dr. *Ad. Meyer*-Roda: Ueber Faserschwund im Gehirne bei Geisteskranken. 830

Dr. *Georg Ilberg*-Sonnenstein. Ueber hallucinatorischen Wahnsinn (*Kraepelin*). 835

Dr. *Kaiser*-Altscherbitz. Ueber den Werth der vergleichend-anatomischen Untersuchung des Centralnervensystems. 836

Dr. *Lührmann*-Dresden. Ueber die Beziehungen des Alkoholismus zur Hysterie. 837

Dr. *Ganser*-Dresden: Ueber hysterische Psychose. 840

Dr. med. et phil. *Buschan*-Stettin: Einfluss der Rasse auf die Häufigkeit und die Form der Geistes- und Nervenkrankheiten. . . . 840

Dr. *P. Naecke*-Hubertusburg: Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen. (Autoreferat.) 841

Kleinere Mittheilungen.

Interessante richterliche Entscheidung. 844

Zur Reform der Irrengesetzgebung. 845

Aus der Rheinprovinz. 846

Deutsche Psychiatrie in Griechenland. 847

Ein Jubiläum in Holland. 848

Personal-Nachrichten. 848

Druckfehler. 850

Fünftes Heft.

Originalien.

Carl Wilhelm Ideler und seine Stellung in der Entwickelung der Psychiatrie. Von *Carl Ludwig Ideler*-Wiesbaden. 851

Statistische Zusammenstellung der makroskopischen Veränderungen des Centralnervensystems an der Leiche bei allgemeiner Paralyse. Von Dr. *Theodor Kaes* in Hamburg (Friedrichsberg). 884

Ueber das sogenannte Latah, eine in Niederländisch-Ostindien vorkommende Neurose. Von Dr. *P. C. Z. van Brero*, 2. Arzt der Irrenanstalt zu Buitenzorg (Java). 939

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

54. ordentl. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 10. November 1894 zu Bonn. 949

Digitized by Google

Seite
Liebmann: Ueber eine querulirende Familie. 950
Longard: Ueber einen interessanten Criminalfall. 953
Flügge: Ueber geistige Schwächezustände eigenthümlicher Art (*Kraepelin*) als Ausgangsstadium der Paranoia. 962
26. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe am 3. und 4. November 1894. 970
Sommer (Autoreferat): Ueber die Alkoholfrage. 970
Smith (Autoreferat): Ueber die Alkoholfrage. 973
Franz Nissl-(Frankfurt a. M.): Der gegenwärtige Stand der Nervenzellenanatomie und -Pathologie. 981
H. Dehio-Heidelberg: Mikrophotographische Demonstrationen. . . 986
Director Dr. *Kreuser*-Schussenried: Die disciplinären Maassregeln in den Irrenanstalten. 989
Dr. *Fürer*-Schloss Marbach: Ueber Entziehungscuren und diesem Zwecke dienende Anstalten. 991
Dr. *E. Beyer*-Strassburg: Ueber Verlagerungen im Gesichtsfeld bei Flimmerscotom. 992
Dr. *Vorster*-Stephansfeld: Ueber einen Fall von geringgradiger Compression der Medulla oblongata durch den Proc. odontoideus bei einem Paranoiker. 993
Bericht über die Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. December 1894 994
Moeli: Ueber Lähmung im Gebiete des Peroneus bei Paralyse (mit Krankenvorstellung). 995
Näcke: Vergleichende Untersuchungen über einige weniger beachtete Anomalien am Kopfe. (Autorreferat.) 995
A. Cramer: Ueber Sinnestäuschungen bei einem Taubstummen . . 996
M. Köppen: Zur Lehre von der überwerthigen Idee und über die Beziehung derselben zum Querulantenwahnsinn. 998
Näcke-Hubertusburg: Bemerkungen zu einigen wichtigen Capiteln der praktischen Psychiatrie. (Eigenbericht.) 1003
63. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 25. November 1893. 1005
Dr. *C. S. Freund*-Breslau: Ueber die psychischen Störungen bei den traumatischen Neurosen (mit Krankenvorstellung). 1005
Dr. *Hahn*-Breslau: Patholog.-anatom. Untersuchung des *Lissauer*schen Falles von Seelenblindheit. 1006
Medicinalrath Prof. Dr. *Wernicke*-Breslau: Fall von „überwerthiger Idee". Krankenvorstellung. 1008
64. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 3. März 1894. 1008
Dr. *Hahn*-Breslau: Patholog.-anatom. Untersuchung eines Falles von Kleinhirnhalbseitendefect. 1008
Dr. *C. S. Freund*-Breslau: Demonstration eines Falles von „Seelentaubheit" (subcorticale sensorische Aphasie?). 1011
Dr. *H. Sachs*-Breslau: Anatomischer Befund in *Förster*'s Fall von Rindenblindheit. 1011

Digitized by Google

Seite
Dr. *Adler*-Breslau: Die Erscheinungen des „einseitigen Schwindels". 1011
65. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau den 1. Juli 1894. 1011
A. Pick-Prag: Mittheilungen zur Pathologie des Centralnervensystems. 1012
Neisser-Leubus: Casuistische Mittheilungen. 1012
Bonhöffer-Breslau: Demonstration einer acuten Psychose. 1014
Heilbronner-Breslau: Krankenvorstellung (Fall von „Asymbolie"). . 1014
66. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 24. November 1894. 1016
Petersen: Ueber das Attentat eines Geisteskranken. 1016
Heilbronner-Breslau: Ueber die neue *Nissl*'sche Methode der Ganglienzellenfärbung. 1019
H. Sachs-Breslau: Fall von Erweichung in beiden Hirnhemisphären. 1020
Wernicke-Breslau: Ueber Angstpsychosen. 1020

Literatur.

Binswanger, Die pathologische Histologie der Grosshirnrinden-Erkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der acuten und Frühformen. Monographisch bearbeitet. Mit einer lithogr. Tafel und einer Abbildung im Text. — Jena, Gustav Fischer 1893. Von *Schultze*-Bonn. 1022
Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Aerzte und Studirende von Dr. med. et phil. *Robert Sommer*. — Wien und Leipzig 1894. Von *Liebmann*-Bonn. 1028
Anatomie des centres nerveux par *J. Dejerine*, professeur agrégé la faculté de médicine de Paris etc., avec la collaboration de madame *Dejerine-Klumpke* docteur en médecine etc. I. Theil. — Paris. Ruef et Comp. 1895. Preis: 32 fr. Von *Grashey*-München. . . 1031
Voisin: L'Idiotie. — Paris, 1893, Felix Alcan. Von *Näcke*-Hubertusburg. 1032

Kleinere Mittheilungen.

Aus dem Berichte über den VIII. internationalen Congress für Hygiene und Demographie in Budapest vom 1.—9. September 1894. XIV. Section. Staatshygiene. 1037
Krankenpflege. 1038
Unfall. 1038
Anträge auf Entmündigung 1040
Aus Würtemberg. — Aus Bayern. — Aus Wien. — Der „Psychologische Verein zu Berlin". — Aus Giessen. 1038
Personal-Nachrichten. 1045

Sechstes Heft.

Bericht über die psychiatrische Literatur im Jahre 1894.

Digitized by Google

Ueber die Wachabtheilung der Heidelberger Irrenklinik.

Von

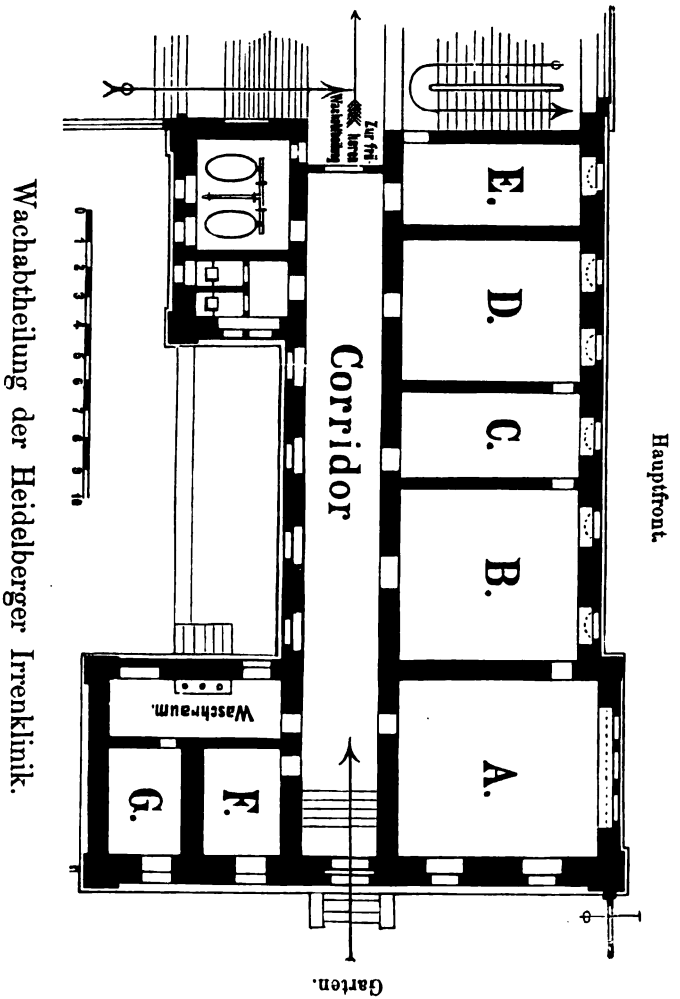
Prof. **Emil Kraepelin.**

Als ich im November 1892 von der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte beauftragt wurde, in Gemeinschaft mit Herrn Collegen *Sioli* über den Stand der Wachabtheilungsfrage zu berichten, stellte ich mir die Aufgabe, an der Hand genauer Aufzeichnungen einen möglichst klaren Einblick in den praktischen Betrieb der Wachabtheilung meiner Klinik zu gewinnen. Die auf diese Weise gesammelten Erfahrungen würden sich, wie ich meinte, *dann im* Grossen und Ganzen wohl auf die ganze Klasse der Stadtasyle übertragen lassen, in denen nach *Sioli*'s Erhebungen die Wachabtheilung eine verhältnissmässig noch weit wichtigere Rolle spielt, als in den grossen geschlossenen und colonialen Anstalten.

Die Nothwendigkeit einer recht grossen Wachabtheilung hatte mir schon das erste Jahr meiner Thätigkeit in der Heidelberger Klinik gezeigt. Wegen fortdauernder Ueberfüllung der ursprünglich für die Wachabtheilung bestimmten Räume hatte ich mich bereits genöthigt gesehen, eine Verlegung jener Abtheilung in die anstossende, weit geräumigere halbruhige Abtheilung vorzunehmen. Bei dieser Umwälzung fand ich mich, um für wissenschaftliche Räume mehr Platz zu gewinnen, veranlasst, die halbruhige Abtheilung bei Tage vollständig aufzuheben. Die auf der früheren Wachabtheilung verfügbar gewordenen Räume wurden demnach nur noch als Schlafsäle benutzt, während die spärliche Zahl der „Halbruhigen" auf die drei noch übrig bleibenden Abtheilungen, die Wachabtheilung, diejenige für ruhige und diejenige für unruhige Kranke

Digitized by Google

vertheilt wurden. Es lässt sich nicht leugnen, dass diese Aenderung in gewissem Sinne ein Rückschritt war, doch hat sich in der Folge gezeigt, dass bei dem verhältnissmässig geringen Gesammtkranken-



stande die Nachtheile einer weniger vollkommenen Vertheilung der Kranken reichlich aufgewogen wurden durch die grössere Uebersichtlichkeit des Dienstes und die bessere Ausnutzung des Wartpersonals.

Digitized by Google

In ihrer jetzigen, seit dem Frühling 1892 bestehenden Form umfasst die Wachabtheilung der Heidelberger Klinik, wie der beigegebene Grundriss erkennen lässt, je einen grossen von Osten nach Westen verlaufenden Corridor von 26,3 m Länge und 2,6 m Breite, an welchen der Reihe nach südlich ein nahezu quadratischer Saal (A) von 46,5 qm Bodenfläche, zwei zweifenstrige Säle B und D von 38,9 und 31,4 qm Bodenfläche, zwischen ihnen ein einfenstriges Zimmer C von 16,2 qm Bodenfläche und endlich ein Isolirzimmer E (19,5 qm Bodenfläche) anstossen. In Vorbauten an der nördlichen Wand des Corridors befinden sich Bad und Abort einerseits, andererseits ein kleines Isolirzimmer F, sowie ein Waschraum, von dem man in ein weiteres Zimmer G gelangt. In der Wand zwischen diesen beiden, an den Enden des Corridors seitlich anliegenden Vorbauten befinden sich 4 grosse Fenster. Das dem Eingang entgegengesetzte Ende des Corridors ist durch eine Glasthüre abgeschlossen, welche unmittelbar in den Garten hinausführt.

Von vornherein muss zugegeben werden, dass die hier geschilderte Gestaltung der Wachabtheilung, wie sie einmal gegeben war, gewisse bedeutende Nachtheile besitzt. Mit Recht ist immer gefordert worden, dass eine Wachabtheilung vor Allem übersichtlich sein solle, damit eine wirklich unausgesetzte Ueberwachung aller Insassen derselben möglich sei. Der Corridorbau vermag diese Forderung niemals vollständig zu erfüllen. Freilich sind in unserer Klinik die Räume A—D sämmtlich durch breite Thüröffnungen mit einander verbunden, aber es ist doch für eine Person nicht möglich, mehr als höchstens zwei Räume gleichzeitig völlig zuverlässig zu überwachen. Glücklicherweise jedoch ist eine derartige peinliche Beobachtung jedes einzelnen Kranken der gesammten Wachabtheilung, wie sich später herausstellen wird, nicht unbedingt nothwendig, so dass der praktische Betrieb durch die mangelhafte Uebersichtlichkeit der Wachabtheilung nicht in merkbarer Weise beeinträchtigt worden ist. Ja, nach gewissen Richtungen hin hat es sich sogar als ein recht schätzenswerther Vortheil erwiesen, dass die eigenthümliche Anordnung der Räume eine wirksamere Abtrennung der einzelnen, recht verschiedenartigen Klassen von Kranken gestattete, welche die Wachabtheilung zu beherbergen hatte.

Um ein recht genaues Bild von allen in Betracht kommenden Verhältnissen zu gewinnen, wurden durch 250 Tage, nämlich vom

Digitized by Google

3. Januar bis zum 9. September 1893 neben den gewöhnlichen, wesentlich dem Münchener Muster entsprechenden, Tagesberichten regelmässig besondere Fragebogen ausgefüllt. Dieselben enthielten zunächst eine namentliche Aufzeichnung sämmtlicher Kranken, welche Tag für Tag sich auf der Wachabtheilung befunden hatten, nebst kurzer Angabe des Grundes, der ihren Aufenthalt daselbst nöthig erscheinen liess. Auch die nur Nachts auf die Wachabtheilung verlegten Kranken wurden hier berücksichtigt. Dazu kamen die Namen aller auf anderen Abtheilungen aus irgend einem Grunde bettlägerigen Kranken. Ferner wurden fortlaufend alle Gaben von Beruhigungs- oder Schlafmitteln aufgezeichnet, unter Beifügung der besonderen Indication und des erreichten Erfolges. Ebenso wurde Dauer und Anlass jeder einzelnen Isolirung gebucht. Endlich gab eine Uebersicht regelmässig die Vertheilung der Kranken auf die verschiedenen Abtheilungen bei Tage und bei Nacht an. Die auf diese Weise erhaltenen 250 Fragebogen für Männer und Frauen wurden je in 5 aufeinanderfolgende Gruppen zerlegt, deren jede 50 Tage umfasste, um die Aenderungen feststellen zu können, welchen der Betrieb der Abtheilung im Laufe der Beobachtungszeit unterworfen war.

Der tägliche Durchschnittsbestand der Klinik während der ganzen Zeit betrug 109,34 Kranke, von denen 62,54 auf die Männer-, 46,80 auf die Frauenabtheilung entfielen. Von dieser Gesammtzahl befanden sich im Mittel täglich 46,65 Kranke (42,66 pCt.) auf den beiden Wachabtheilungen, und zwar bei den Männern 23,08 (36,89 pCt.), bei den Frauen 23,57 (50,37 pCt.) Kranke. Die Wachabtheilung für Männer beherbergte demnach über ein Drittel, diejenige für Frauen sogar durchschnittlich die Hälfte des betreffenden Gesammtbestandes. Dieser Unterschied beruht zum Theil auf der grösseren Häufigkeit von Depressions- und Aufregungszuständen bei den Frauen. Unter den täglichen Bewohnern der Wachabtheilung befanden sich deprimirte und unruhige Kranke bei den Männern 12,04, etwa 19 pCt. des männlichen Gesammtbestandes, bei den Frauen dagegen 15,48, d. h. nicht weniger als 33 pCt. aller weiblichen Kranken. Ausserdem ist natürlich zu berücksichtigen, dass die einmal gegebene räumliche Ausdehnung der Wachabtheilung eine Steigerung der Belegziffer über etwa 25 Kranke hinaus sehr schwierig machte und somit bei wechselndem Gesammt-

Digitized by Google

bestande die Unterschiede sich mehr auf den übrigen Abtheilungen als auf der Wachabtheilung geltend machen mussten. Diese letztere war eben während der ganzen Beobachtungszeit auf beiden Seiten der Klinik dauernd bis nahe zur Grenze ihrer Aufnahmefähigkeit gefüllt. Die Gesammtbodenfläche der Krankenräume auf der Wachabtheilung betrug etwa 231 qm. Es kamen also bei der durchschnittlichen Belegung auf den einzelnen Kranken ungefähr 10 qm Bodenfläche oder, da die Höhe 3,80 m betrug, 38 cbm Luftraum.

Selbstverständlich steht die relative Besetzung der Wachabtheilung in den allerengsten Beziehungen zu der Beschaffenheit des Krankenmaterials. *Sioli* hat gezeigt, dass der relative Umfang der Wachabtheilung mit der Grösse der Anstalt abnimmt. Je mehr frische Aufnahmen, um so grösser muss unter sonst gleichen Bedingungen die Wachabtheilung sein. Die Zahl der Aufnahmen belief sich in unserer Klinik für das Jahr 1892 auf 248 Kranke oder 226 pCt. des täglichen Durchschnittsbestandes. Dieses Verhältniss ist für den Umfang unserer Wachabtheilung maassgebend gewesen. Weiterhin kommt aber gewiss auch die Häufigkeit der verschiedenen psychischen Erkrankungen und die besondere Eigenart der Bevölkerung in Betracht. So wird man in Sachsen mit seinem ausserordentlich zum Selbstmorde neigenden Krankenmaterial die dauernde Ueberwachung nach dieser Richtung hin weiter ausdehnen müssen, als anderswo. Umgekehrt setzt vielleicht die ausserordentliche Gewaltthätigkeit der Anstaltsinsassen in Ober- und Niederbayern der gemeinsamen Behandlung unruhiger Kranker in Wachsälen engere Grenzen, als etwa in Schlesien, in Sachsen oder auch bei uns, wo die Kranken weit harmloser zu sein pflegen. Dagegen scheinen mir periodische und circuläre Erkrankungen hier in Heidelberg besonders häufig zu sein, während mir in der reinen Heilanstalt Leubus die grosse Zahl von Depressionszuständen auffällig war u. s. f. Sehr wesentlich aber wird endlich die Grösse und Einrichtung der Wachabtheilung, wenigstens auf der Männerseite, durch das Verhältniss der Paralytiker beeinflusst. Namentlich in Stadtasylen, welche die Kranken nicht in Pflegeanstalten abgeben können, wird diese Klasse von Kranken die männliche Wachabtheilung durchaus beherrschen. Bei uns betrugen die Verpflegstage für Paralytiker auf der Männerabtheilung immerhin 26,75 pCt. der Gesammtzahl, trotzdem ein grosser Theil der vorgeschrittenen Kranken in andere

Digitized by Google

Anstalten überführt wurde. Natürlich befand sich immer nur ein Theil dieser Paralytiker auf der Wachabtheilung.

Die Gründe, warum die einzelnen Kranken auf die Wachabtheilungen gelegt wurden, waren nach Ausweis der Fragebogen sehr verschiedene. Bei einer ersten Klasse von Kranken lagen die Indicationen wesentlich auf körperlichem Gebiete; die Aufgabe der Wachabtheilung war die „Pflege" der Kranken im engeren Sinne des Wortes. Dahin gehören zunächst die wirklich körperlich Leidenden aller Art, namentlich die fieberhaft Erkrankten. Ihnen schliessen sich an die Gelähmten, Paralytiker in den letzten Stadien, Apoplektiker, sodann diejenigen, welche wegen Alter, Schwäche oder besonderer Gebrechen unbehülflich und daher bettlägerig sind oder doch grössere Anforderungen an das Wartpersonal stellen. Auch die Unreinen sind hierher zu rechnen, zumal sie zum grossen Theile mit den Letztgenannten zusammenzufallen pflegen. Immerhin giebt es auch manche Schwachsinnige, Katatonische u. dergl., welche nicht gebrechlich sind und doch wegen ihrer Unreinlichkeit der besseren Pflege auf der Wachabtheilung bedürfen. Endlich giebt der körperliche Zustand noch bei den Nahrungsverweigerern den Hauptanlass für die Unterbringung auf der Wachabtheilung. Alle Kranke, welche nicht genügend Nahrung zu sich nahmen, pflegten wir ins Bett zu legen und unter dauernde Aufsicht zu stellen.

Die Nahrungsverweigerer bilden bereits den Uebergang zu der zweiten Hauptgruppe der Wachabtheilungsinsassen, zu denjenigen Kranken, welche an schweren Depressionszuständen leiden. Die Hauptaufgabe der Wachabtheilung besteht hier wirklich in der Ueberwachung. Diese Kranken sind es bekanntlich, welche den ersten Anstoss zur Errichtung von Wachabtheilungen gegeben haben. Alle ängstlichen und traurig verstimmten Kranken kommen hier in Betracht, so lange noch irgend ein Verdacht suicidialer Neigungen besteht, ferner die vereinzelten Kranken, welche aus anderen Gründen sich selbst gefährlich erscheinen, endlich auch die Benommenen und Stuporösen, soweit sie nicht schon in die erste Klasse fallen, da man bei ihnen vielfach auf plötzliche, unerwartete gefahrdrohende Handlungen gefasst sein muss.

Ausser der Ueberwachung bietet die Wachabtheilung diesen Kranken die Möglichkeit dauernder Bettruhe, welche vielfach

Digitized by Google

geradezu als Heilmittel angesehen werden muss. In noch höherem Maasse vielleicht ist das bei einer weiteren Klasse von Kranken der Fall, welche wir vor Allem um des Heilzwecks willen auf der Wachabtheilung zu behandeln pflegen, bei den Erregten. Die Mehrzahl derselben sind manische Kranke, besonders periodische und circuläre Formen, ferner manche Paralytiker und Hebephrenische. Diese, wie die ängstlich Unruhigen und Fortdrängenden, können auf der Wachabtheilung am leichtesten im Bette erhalten und auf diese Weise günstig beeinflusst werden.

Neben den bis hierher besprochenen drei Hauptgruppen von Kranken finden sich auf der Wachabtheilung immer noch eine kleine Anzahl von Personen, die aus andern, sehr verschiedenen Gründen am zweckmässigsten hier untergebracht werden. Das gemeinsame Ziel ist meist die genauere Beobachtung der Kranken. Da wären zu nennen die frisch Aufgenommenen, über deren Zugehörigkeit zu einer der erwähnten Hauptgruppen Zweifel bestehen, die Untersuchungsgefangenen, die Morphinisten und Cocainisten, Epileptiker, deren Anfälle sorgfältig beobachtet werden sollen, Kranke, bei denen irgend welche besonderen fortlaufenden Untersuchungen vorgenommen werden (Körperwägungen, Harnmessungen, Verdauungsversuche u. ähnl.), endlich manche Kranke, welche wegen besonderer Reizbarkeit, entstellender Gebrechen, ansteckender oder ekelerregender Leiden einer gewissen Absonderung bei gleichzeitiger Ueberwachung bedürfen.

Fast alle diese Möglichkeiten waren während der Beobachtungszeit auf unseren Wachabtheilungen vertreten. Es liegt auf der Hand, dass die Vereinigung so verschiedenartiger Kranker in einer Abtheilung nothwendig gewisse Uebelstände mit sich führen muss und dass gegenseitige Störungen auf die Dauer gar nicht ausbleiben können. Gerade darum erwies sich die Zusammensetzung der Wachabtheilung aus einer Reihe einzelner Räume thatsächlich nicht als nachtheilig, sondern als Wohlthat. Da die verschiedenen Gruppen von Kranken in sehr verschiedenem Maasse der dauernden Ueberwachung bedurften, war es möglich, sie derart in die einzelnen Säle und Zimmer zu vertheilen, dass der wesentliche Zweck der Wachabtheilung erreicht wurde, ohne den Kranken die Unannehmlichkeiten des Zusammenseins allzu fühlbar werden zu lassen. Bei Tage hatte diese Abtrennung natürlich gar

Digitized by Google

keine Schwierigkeiten, da es jederzeit möglich war, einen oder den andern Saal vollständig abzuschliessen und unter Aufsicht eines besonderen Wärters zu stellen. In der Nacht aber gestattete die kleine Zahl des Personals nur ganz ausnahmsweise die Einrichtung einer doppelten Wache, so dass also dauernd der gesammte Ueberwachungsdienst auf der Abtheilung von einer einzigen Person geleistet werden musste.

Ich habe diese Beschränkung, die für kleine Anstalten zur Zeit wohl meist unabwendbar sein wird, stets als einen schweren Missstand empfunden. Dennoch galt es, sich so gut wie möglich den gegebenen Verhältnissen anzupassen. Zu diesem Zwecke wurden in einem der Säle, meistens in dem Saal B, diejenigen Kranken vereinigt, welche ganz unbedingt der unausgesetzten Ueberwachung bedurften, also vor Allem die Selbstmordverdächtigen. In diesem Saale befand sich die Nachtwache. Durch die offenen Thüren war es ihr möglich, jederzeit den anstossenden Saal A und das Zimmer C ohne Weiteres zu übersehen. In dem ersteren schliefen alle ruhigen, besonnenen, nicht dringend der beständigen Aufsicht bedürftigen Kranken, ausserdem ein zweiter Wärter, während in dem Zimmer C unreinliche, wenig empfindliche, geistig stumpfe Kranke untergebracht waren. Der Saal D war für unruhigere, aber nicht sich selbst oder Anderen gefährliche Elemente bestimmt. Die Nachtwache konnte ihn nicht ohne Weiteres vollständig übersehen, musste aber alle auffallenderen Vorkommnisse sofort bemerken. Die Corridorthüren der Räume A, C und D wurden Nachts nach Bedarf geschlossen gehalten. Als auf der Männerseite vorübergehend auch der Corridor Nachts belegt werden musste, wurde die Wache draussen vor der offnen Thür des Saales B aufgestellt und nun auch die übrigen Thüren zum Corridor offen gelassen. Aehnlich geschah es, wenn ein einzelner besonders überwachungsbedürftiger Kranker bei offner Thür im Isolirzimmer F untergebracht war, dessen Thüre derjenigen des Saales A ziemlich gegenüber liegt. Das war hier und da der Fall mit einem sich selbst gefährlichen Kranken der besseren Stände oder bei einem störenden, aber nicht zu unruhigen und dabei sehr hülfsbedürftigen Deliranten. Meistens wurde das Zimmer ebenso wie das Zimmer E einfach als nächtlicher Isolirraum für solche Kranke benutzt, welche für das Schlafen mit Anderen zu erregt

Digitized by Google

waren und doch in der Hörweite der Nachtwache bleiben sollten. Natürlich war dieser allgemeine Vertheilungsplan kein unverbrüchlich feststehender, sondern es wurden je nach den besonderen Umständen und der Gestaltung des Krankenmaterials bald hier, bald dort Abänderungen getroffen, wie es gerade für die gegebene Sachlage am zweckmässigsten erschien. Im Zimmer G schlief für den Nothfall ein dritter Wärter.

Im Grossen und Ganzen sind wir mit dem praktischen Betriebe der Wachabtheilung nach den angeführten Grundsätzen zufrieden gewesen. Doch liess es sich bei den bestehenden Verhältnissen gar nicht vermeiden, dass bisweilen Kranke in der Wachabtheilung verpflegt werden mussten, welche für ihre empfindlicheren und besonneneren Genossen in hohem Maasse störend wurden. Namentlich für frische Ankömmlinge boten meines Erachtens einzelne beständig im Hemd wieder aus dem Bett herausdrängende, schreiende oder jammernde Kranke sehr unangenehme Eindrücke, und ebenso wurde die Nachtruhe nur allzu häufig durch mehr oder weniger anhaltende Erregungsausbrüche im Saale D gestört. Freilich habe ich mich öfters davon überzeugt, dass die Wirkung derartiger Vorkommnisse auf die überwiegende Mehrzahl der Kranken lange nicht so stark ist, wie man zunächst meinen sollte. Bei vielfachen Umfragen nach dieser Richtung gaben mir selbst ganz besonnene und ruhige Melancholiker gewöhnlich an, dass sie die Krankheitsäusserungen ihrer Nachbarn ohne besondere Beschwerde ertrügen. Nicht wenige der Genesenden baten ausdrücklich, auf der Wachabtheilung bleiben zu dürfen, wenn man ihnen die Versetzung auf die ruhige Abtheilung in Aussicht stellte. Meist wurde erst bei weit vorgeschrittener Besserung, wenn auch kein ärztlicher Grund für die dauernde Ueberwachung mehr vorlag, allmälig das Verweilen unter den schwerer Erkrankten als unangenehm empfunden.

Dennoch bin ich darüber vollkommen im Klaren, dass die Vereinigung von ruhigen und unruhigen Kranken auf der Wachabtheilung auch dann als ein ernster Uebelstand betrachtet werden muss, wenn die räumliche Anordnung, wie bei uns, wenigstens einigermaassen eine Abtrennung der verschiedenen Elemente gestattet. Auf der anderen Seite bedarf aber gerade eine grosse Zahl unruhiger Kranker in mindestens demselben Maasse der dauern-

Digitized by Google

den Ueberwachung wie die Ruhigen. Erst die Wachabtheilung bietet für viele derselben überhaupt die Möglichkeit einer wirklichen Behandlung an Stelle der einfachen Schutzmaassregel des Einsperrens in ein Isolirzimmer. Diese Erfahrungen drängen mit aller Entschiedenheit auf die Einrichtung einer besonderen Wachabtheilung für die unruhigen Kranken, wie sie in den grösseren Anstalten schon heute sehr vielfach besteht. Bei uns war diese Maassregel leider bisher noch nicht durchführbar. Es ist aber vielleicht nicht ohne Interesse, aus den Ergebnissen unserer Fragebogen zu ersehen, wie sich nach den verschiedensten Richtungen hin immer wieder das praktische Streben nach einer Beseitigung der vorhandenen Uebelstände bemerkbar gemacht hat und in welcher Weise diese letzteren auf den Betrieb bestimmend eingewirkt haben.

Das erste Auskunftsmittel, zu welchem wir griffen, bestand darin, dass eine Anzahl von Kranken nur für die Nacht auf die Wachabtheilung gelegt wurden, während sie sich bei Tage auf anderen Abtheilungen befanden. Am Tage pflegt ja die Ueberwachung überall für die meisten Fälle ausreichend zu sein. Ganz vorzugsweise handelte es sich hier um unruhige Kranke, namentlich manische und circuläre, die Tags über für die Wachabtheilung zu störend waren und Nachts in einem gewöhnlichen Schlafsaale nicht hätten untergebracht werden können. Um bei diesen Kranken die nächtliche Isolirung zu umgehen, wurden sie in den Saal D gelegt. Bei den Männern befanden sich durchschnittlich 2,81, bei den im Allgemeinen unruhigeren Frauen 3,19 Kranke nur Nachts auf der Wachabtheilung. Sehr häufig wurde geradezu für den Tag auf der unruhigen Abtheilung eine Art Filiale der Wachabtheilung eingerichtet, ein „Concertsaal“, wie es *Forel* nennt, in welchem mehrere unruhige Kranke mit Bettlagerung, vielfach auch mit feuchten Einwicklungen oder Dauerbädern behandelt wurden. Namentlich von der letztgenannten Maassregel wurde ein sehr ausgiebiger und meistens recht befriedigender Gebrauch gemacht.

In welcher Weise sich die Belegung der Wachabtheilungen während der Beobachtungszeit geändert hat, zeigt die folgende tabellarische Uebersicht:

Digitized by Google

Zeitabschnitte.	I.	II.	III.	IV.	V.
	Männerabtheilung.				
Täglicher Durchschnittsbestand.	64,72	62,14	63,76	63,44	58,66
Davon insgesammt auf der Wachabtheilung (pCt.)	38,16	35,57	38,61	36,07	35,94
Darunter nur Nachts auf der Wachabtheilung (pCt.) . . .	4,08	3,89	2,20	5,52	6,99.
	Frauenabtheilung.				
Täglicher Durchschnittsbestand.	44,06	48,98	46,18	49,52	45,24
Davon insgesammt auf der Wachabtheilung (pCt.)	50,70	51,24	55,05	48,34	46,55
Darunter nur Nachts auf der Wachabtheilung (pCt.) . . .	2,13	3,55	6,80	8,64	12,91.

Aus dieser Tabelle ergiebt sich, dass im Allgemeinen gegen den Schluss der Beobachtungszeit die Neigung der Aerzte wuchs, einzelne Kranke nur für die Nacht auf die Wachabtheilung zu legen. Namentlich auf der Frauenseite mit ihren zahlreichen unruhigen Elementen ist das sehr deutlich. Im Anfange suchte man nach Möglichkeit auch für jene letzteren Kranken die Wohlthaten der Wachabtheilung auszunutzen, bis sich allmälig immer zwingender die Ueberzeugung Bahn brach, dass die Schädigung der ruhigen Kranken durch die Unruhigen eine Grenze bildet, welche nicht überschritten werden darf. Gerade auf der Frauenabtheilung stellte sich die Nothwendigkeit dieser Beschränkung besonders deutlich heraus, weil hier die Zahl der unruhigen Kranken während der Beobachtungszeit fortwährend wuchs. Auf den Tagesberichten fanden sich Anfangs durchschnittlich täglich 9,7—9,8 Kranke als unruhig verzeichnet, für die beiden letzten Abschnitte dagegen 11,96 bezw. 15,70 Kranke.

Eine regelmässige Beziehung zwischen Belegung der Wachabtheilung und dem Gesammtbestande der Klinik ist nicht erkennbar. Das erscheint natürlich, wenn man bedenkt, dass die Zahl der Ueberwachungsbedürftigen sehr wesentlich von der Art der vorhandenen Kranken abhängig ist. Gruppiren wir die Kranken der Wachabtheilung nach den früher besprochenen Gesichtspunkten, so erhalten wir für die vier Hauptklassen während der einzelnen Zeitabschnitte folgende Zahlen als Procentsätze:

Digitized by Google

Zeitabschnitte.	I.	II.	III.	IV.	V.
			Männer.		
Körperlich pflegebedürftig . .	30,28	36,11	42,57	34,97	43,83
Deprimirt	31,42	29,77	21,12	24,91	25,24
Erregt	27,37	22,35	24,21	32,52	21,54
Sonstiges	10,93	11,77	12,10	7,60	9,39.
			Frauen.		
Körperlich pflegebedürftig . .	37,51	41,35	18,72	18,80	31,53
Deprimirt	41,00	32,27	40,60	40,85	25,64
Erregt	17,46	17,85	33,60	28,57	30,67
Sonstiges	4,03	8,53	7,08	11,78	12,16.

Die zufälligen Schwankungen der einzelnen Werthe sind, offenbar wegen der Kleinheit der Beobachtungszahlen, verhältnissmässig grosse; bald tritt die eine, bald die andere Gruppe stärker hervor. Im Ganzen erkennt man jedoch unschwer, dass der Bestand der männlichen Wachabtheilung vorzugsweise von den körperlich Pflegebedürftigen, namentlich also von den gelähmten Paralytikern beherrscht wird, während auf der Frauenseite die verschiedenen Formen der psychischen Depression mehr in den Vordergrund traten. In der letzten Zeit stellen hier auch die Erregten einen erheblichen Bestandtheil; sie sind es hauptsächlich, welche nur die Nächte auf der Wachabtheilung zubringen, bei Tage aber sich auf der unruhigen Abtheilung aufhalten.

Zu einem vollen Einblicke in den Betrieb der Wachabtheilung ist es nothwendig zu wissen, in welchem Umfange Narkotica und Schlafmittel gegeben worden sind. Zählen wir alle derartigen Mittel zusammen, indem wir für die methodischen Opium- oder Bromcuren je eine Gabe täglich in Rechnung stellen, so erhielten insgesammt von den Männern täglich durchschnittlich 7,16, von den Frauen dagegen 7,36 Kranke beruhigende oder schlafmachende Arzneien. Wegen des sehr verschiedenen Bestandes beider Abtheilungen würde sich der Procentsatz für die Männer auf 11,45 pCt., für die Frauen auf 15,74 pCt. stellen. Dieses Uebergewicht der Frauen erklärt sich leicht aus dem Umstande, dass bei ihnen verhältnissmässig weit mehr unruhige Kranke zu verzeichnen waren. Im Mittel wurden bei den Männern Tags 8,5 pCt., Nachts 6,1 pCt. Unruhige gezählt, bei den Frauen Tags 24,4 pCt., Nachts 8,3 pCt. Der grosse Unterschied am Tage glich sich demnach in der Nacht nahezu wieder aus, ein Umstand, der vielleicht dafür spricht, dass

Digitized by Google

die Unruhe der Frauen in höherem Maasse durch äussere Einwirkungen bestimmt wird als diejenige der Männer. Auch die grössere Häufigkeit periodisch manischer oder circulärer Formen mit leichterer Unruhe bei den Frauen gegenüber den schwereren paralytischen, epileptischen und alkoholischen Erregungszuständen der Männer spielt hier wohl eine gewisse Rolle.

Berücksichtigt man die bedeutend höhere Zahl der Unruhigen bei den Frauen, so erscheint die Menge der auf der Männerseite gebrauchten Schlaf- und Beruhigungsmittel verhältnissmässig zu gross. Die Ursache dafür liegt höchst wahrscheinlich in dem ungemein hohen Krankenstande. Die Männerabtheilung kann bei normaler Besetzung etwa 55 Kranke unterbringen; gleichwohl befanden sich hier im Mittel 62,5 Kranke, und an einem Tage wurde sogar eine Belegzahl von 70 erreicht. Man sah sich daher ausser Stande, störende Kranke genügend von den Andern zu trennen, und musste, um des Nachts einigermaassen Ruhe zu schaffen, häufiger zu Schlafmitteln greifen, als das unter günstigeren Umständen nöthig gewesen wäre. Am meisten wurden Schlafmittel natürlich auf der Wachabtheilung in Anwendung gezogen, weil sich hier im Allgemeinen diejenigen Kranken befanden, welche um ihrer selbst, wie um ihrer Umgebung willen am meisten der Beruhigung bedurften. Sehr deutlich geht dieses Verhältniss aus der folgenden Zusammenstellung hervor, in welcher angegeben ist, wieviel Procent der Kranken in der ganzen Klinik und wieviel Procent der Kranken auf der Wachabtheilung durchschnittlich täglich Schlafmittel erhielten. Die methodische Opiumcur bei ängstlichen Kranken ist hier ausser Rechnung geblieben.

			Männer.		
Zeitabschnitt.	I.	II.	III.	IV.	V.
Schlafmittel im Ganzen (pCt.) .	7,42	8,50	10,60	12,39	9,85
Auf der Wachabtheilung (pCt.) .	12,71	14,48	18,52	23,08	15,56
Procentsatz unruhiger Kranker	6,24	7,08	10,16	9,43	9,59.
			Frauen.		
Schlafmittel im Ganzen (pCt.) .	12,12	9,15	11,56	10,82	14,05
Auf der Wachabtheilung (pCt.) .	14,59	11,63	13,06	12,11	15,20
Procentsatz unruhiger Kranker	22,15	20,09	21,26	24,15	34,70.

Ausnahmslos ist das Verhältniss der Kranken, welche Schlafmittel erhielten, auf der Wachabtheilung grösser, als im Ganzen,

Digitized by Google

aber dieser Unterschied ist überall viel ausgeprägter auf der Männerseite als bei den Frauen. Daraus lässt sich schliessen, dass bei den Männern in der That die Anwendung der Schlafmittel wesentlich in dem Bestreben begründet war, störende Kranke unter möglichst geringer Schädigung ihrer Nachbarn auf der Wachabtheilung verpflegen zu können, während bei den Frauen das Bedürfniss nach Schlafmitteln sich kaum viel weniger auf den übrigen Abtheilungen geltend machte, entsprechend der grossen Zahl unruhiger Elemente überhaupt. Die Schwankungen im Gebrauche der Schlafmittel während der einzelnen Zeitabschnitte entsprechen im Allgemeinen dem Bestande an unruhigen Kranken überhaupt, wie die in obiger Tabelle beigefügten Procentsätze derjenigen Kranken darthun, welche auf dem Tagesberichte jeweils als „unruhig bei Tage" bezeichnet waren. Ganz streng sind diese Beziehungen freilich nicht, aus leicht begreiflichen Gründen. Unruhe bei Tage kann sich ja sehr wohl mit ruhigem Verhalten in der Nacht verbinden, und andererseits hat gerade die Ueberfüllung bei den Männern häufig dazu gezwungen, Kranke mit Hülfe von Schlafmitteln möglichst auf der Wachabtheilung zu halten, die sonst vielleicht zweckmässiger ohne Arznei anderswo sich hätten unterbringen lassen.

Mit diesen Verhältnissen steht in einem gewissen Zusammenhange die Thatsache, dass die Zahl der Individuen, welche überhaupt Schlaf- oder Beruhigungsmittel erhielten, trotz der zahlreichen Einzelgaben auf der Wachabtheilung, bei den Männern erheblich kleiner war, als bei den Frauen. Während der Beobachtungszeit wurden verpflegt 161 Männer und 118 Frauen, wenn wir zum Bestande am 3. Januar die bis zum 9. September erfolgten Aufnahmen hinzurechnen. Von diesen männlichen Kranken erhielten 29,2 pCt., von den weiblichen dagegen 63,6 pCt. überhaupt Schlaf- oder Beruhigungsmittel, einschliesslich der Opiumcur. Dieser bedeutende Unterschied erklärt sich zum Theil gewiss aus dem grösseren Arzneibedürfniss des weiblichen Geschlechtes, zum Theil aber auch aus dem Umstande, dass bei den Frauen die Erregung viel verbreiteter war, während auf der Männerseite nur eine verhältnissmässig kleine Zahl das ärztliche Eingreifen wegen Unruhe nothwendig machte. Dafür war freilich die Erregung hier viel anhaltender. Bei den Männern erhielt jeder überhaupt betheiligte Kranke durchschnitt-

Digitized by Google

lich nicht weniger als 38,1 Gaben von Beruhigungs- oder Schlafmitteln, bei den Frauen jede Einzelne nur 24,5 Gaben. Dort wurden also mehr planmässig einzelne hartnäckig unruhige Kranke längere Zeit hindurch arzneilich behandelt, hauptsächlich, um sie Nachts auf der Wachabtheilung halten zu können, indess hier bald diese, bald jene Kranke ein Schlafmittel erhielt, wie es gerade der wechselnde Zustand erforderte.

Ueber die Art der angewandten Mittel giebt die folgende Tabelle Aufschluss, in der allerdings einige vereinzelt angewandte Arzneien (Duboisin, Chloralhydrat, Morphiumchloral) nicht mit aufgeführt sind. Auch der Alkohol ist nicht berücksichtigt, den wir als Schlafmittel bei leichten Angstzuständen und bei Erschöpfungspsychosen häufiger verwerthet haben, während der gewohnheitsmässige Genuss ohne ärztliche Indication vollständig beseitigt wurde. Die mitgetheilten Zahlen bedeuten Tagesgaben, was namentlich für das Brom und Opium zu berücksichtigen ist, bei denen die Einheit sich meist aus mehreren getrennten Dosen eines Tages zusammensetzt.

	Trional.	Sulfonal.	Hyoscin.	Morphium.	Opium.	Brom.
Männer	347	721	20	—	420	279
Frauen	228	511	206	74	509	312.

Bei den Männern überwiegen demnach zunächst die eigentlichen Schlafmittel, Trional und Sulfonal, was sich eben aus dem *Bedürfnisse* erklärt, in den überfüllten Abtheilungen für die Nacht Ruhe zu schaffen. Dagegen wurden bei den Frauen auffallend häufig die mehr wurfweise gebrauchten, rasch und stark wirkenden Narkotica Hyoscin und Morphium in Anwendung gezogen. Es kam also wohl mehr darauf an, plötzliche Aufregungen möglichst wirksam zu bekämpfen. Die Uebereinstimmung dieses Ergebnisses mit unseren früheren Aufstellungen liegt auf der Hand, wenn auch nicht übersehen werden darf, dass gerade bei der Auswahl der Arzneimittel die persönlichen Neigungen und Erfahrungen des Abtheilungsarztes naturgemäss eine sehr wichtige Rolle spielen. Der ausgiebigere Gebrauch des fast immer methodisch gegebenen Opium und Brom bei den Frauen hängt offenbar mit der schon früher festgestellten grösseren Häufigkeit der Depressionszustände beim weiblichen Geschlecht zusammen.

Digitized by Google

Weitere Aufschlüsse über die Verhältnisse der Wachabtheilung wird uns eine Betrachtung der während der Beobachtungszeit erfolgten Isolirungen liefern. Im Allgemeinen wurde von uns der Grundsatz festgehalten, von diesem Auskunftsmittel einen recht sparsamen Gebrauch zu machen und namentlich bei Tage die Isolirungen auf die allerdringendsten Fälle zu beschränken. Um über die Handhabung dieser Maassregel einen Ueberblick zu gewinnen, habe ich getrennt untersucht, wie viel Kranke jeweils bei Tage und wie viele bei Nacht isolirt waren. Auf die Dauer der Isolirung innerhalb dieser kürzeren Abschnitte konnte dabei zunächst keine Rücksicht genommen werden, um die Frage nicht unnütz zu verwickeln. Jede Isolirung wurde für jeden Tag und jede Nacht als Einheit in Rechnung gezogen, gleichviel, ob sie nur eine halbe Stunde oder die ganze Zeit angedauert hatte. Als Isolirungen wurden auch diejenigen Fälle aufgefasst, in denen Kranke mit vollständigem Bett und mit ihrer Zustimmung allein schliefen, sobald diese Maassregel nicht aus Gründen der einfachen Annehmlichkeit, sondern unter ärztlichen Gesichtspunkten durchgeführt wurde.

Nach diesen Grundsätzen liess sich feststellen, dass durchschnittlich auf der Männerseite bei Tage 0,36 pCt. Isolirungen, Nachts 1,16 pCt. vorkamen, während auf der Frauenseite von 100 verpflegten Kranken Tags 0,39, in der Nacht 2,86 isolirt waren. Die Isolirungen waren also bei Tage ziemlich selten; in der ganzen Klinik war es nur etwa jeden dritten Tag nöthig, mehr oder weniger vorübergehend einmal zu jener Maassregel zu greifen. In der Nacht waren dagegen durchschnittlich 2 Kranke des ganzen Bestandes isolirt. Bei den Frauen waren Isolirungen häufiger, als auf der Männerseite, zum Theil wegen der grösseren Unruhe der weiblichen Kranken, zum Theil wohl auch wegen des ausgiebigeren Gebrauchs von Schlafmitteln auf der männlichen Wachabtheilung.

Von den während der Beobachtungszeit verpflegten Individuen wurden bei den Männern 25, bei den Frauen dagegen nur 22 irgend einmal isolirt. Unter Berücksichtigung der Gesammtzahl stellt sich der Procentsatz der überhaupt an der Isolirung betheiligten Personen bei den Männern auf 15,5 pCt., bei den Frauen auf 18,6 pCt. Die Nöthigung zur Isolirung war somit auf der Frauenseite auch unter diesem Gesichtspunkte verhältnissmässig

Digitized by Google

stärker, offenbar wegen der zahlreicheren erregten Kranken. Andererseits ergiebt ein Vergleich der soeben angeführten Zahlen mit der täglichen Häufigkeit der Isolirungen, dass die Isolirung einer und derselben Person bei den Frauen im Allgemeinen länger dauern musste, als bei den Männern. Es fanden sich hier immer Kranke, die wenigstens für die Nacht längere Zeit hindurch nicht aus dem Einzelzimmer herausgenommen werden konnten.

Die Berechnung der Beziehungen zwischen Isolirungen und Krankenstand stösst deswegen auf gewisse Schwierigkeiten, weil die Verhältnisse bei Tage und bei Nacht jedenfalls gesondert betrachtet werden müssen. Ich gebe daher in der folgenden Uebersicht einfach an, wie oft innerhalb der einzelnen Zeitabschnitte bei Tage und wie oft bei Nacht überhaupt Isolirungen vorkamen, ferner, ob dieselben vorübergehende oder dauernde waren. Eine Isolirung von 24stündiger Dauer ergiebt bei dieser Berechnung zwei Einheiten, einen ganzen Tag und eine ganze Nacht.

			Männer.		
Zeitabschnitt.	I.	II.	III.	IV.	V.
Ganze Tage	23	—	—	—	—
Stunden Tags . . .	14	12	2	3	2
Ganze Nächte . . .	48	68	13	24	15
Stunden Nachts . .	3	2	4	2	2
			Frauen.		
Ganze Tage.	—	—	1	14	16
Stunden Tags . . .	2	2	2	5	4
Ganze Nächte . . .	2	15	58	93	128
Stunden Nachts . .	2	2	6	11	16.

Diese Zahlen lehren, dass auf der Männerseite im Allgemeinen die Neigung bestand, die Isolirungen zu beseitigen, während sie bei den Frauen stetig zunahmen. Bei den Männern suchte man mehr und mehr die Vortheile der vergrösserten Wachabtheilung auszunutzen, wie wir früher gesehen haben, unter verstärkter Anwendung von Schlafmitteln. Der Erfolg war, dass schliesslich auf 2933 Verpflegstage und ebenso viel Nächte nur 2 kurzdauernde Isolirungen bei Tage und 17 Isolirungen bei Nacht kamen, also ein äusserst günstiges Verhältniss. Auf der Frauenseite waren von Anfang an die Isolirungen nach Möglichkeit vermieden worden, so dass bei 2203 Verpflegstagen nur 2mal vorübergehend

Digitized by Google

des Tages und 4mal Nachts isolirt wurde. Allein es erwies sich mehr und mehr, dass diese Praxis ohne schwere Schädigung der ruhigen Kranken auf die Dauer nicht durchführbar war. Namentlich mit dem Anwachsen der unruhigen Elemente in den letzten Zeitabschnitten musste aus Gründen der Menschlichkeit zu häufigeren Isolirungen geschritten werden. Auch jetzt liess sich indessen durch Einrichtung der Wachsäle auf der unruhigen Abtheilung für den Tag die Anwendung der Isolirung soweit umgehen, dass auf 2300 bis 2400 Verpflegstage doch im Ganzen höchstens 20 Isolirungen bei Tage entfielen. Während der Nacht aber liess man schliesslich bis zu 3 oder 4 Kranken allein schlafen, soweit keine Nachtheile dieser Maassregel beobachtet wurden. Zu berücksichtigen ist dabei übrigens, dass 1—2 dieser Kranken regelmässig in den Isolirzimmern der Wachabtheilung untergebracht und somit immerhin nicht zu sehr sich selbst überlassen waren. Trotzdem hätte ich persönlich weit lieber noch einen möglichst grossen Theil derselben unmittelbar unter nächtliche Ueberwachung gestellt. Nur die Rücksicht auf die übrigen ruhebedürftigen Kranken gebot mir, von derartigen Versuchen mehr und mehr abzustehen.

Einer der wichtigsten Vortheile der Wachabtheilung ist bekanntlich die Möglichkeit, durch weite Ausdehnung der Bettbehandlung den Krankheitsverlauf in zahlreichen Fällen milder und günstiger zu gestalten. Von diesem Vortheile wurde bei uns ein möglichst umfassender Gebrauch gemacht. Auf der gesammten Männerabtheilung lagen täglich durchschnittlich 16,8 Kranke (26,87 pCt. des Bestandes), auf der Frauenseite sogar 21,3 pCt. (45,61 pCt. des Bestandes) dauernd im Bett. Die überwiegende Mehrzahl dieser Kranken befand sich natürlich auf der Wachabtheilung, so dass von den Insassen dieser letzteren bei den Männern durchschnittlich nicht weniger als 68,4 pCt., bei den Frauen 75,4 pCt. bettlägerig waren. Auf den übrigen Abtheilungen waren im Mittel bei den Männern nur ein Kranker, bei den Frauen dagegen 3,6 Kranke im Bett. Diese letztere hohe Zahl hängt mit der zeitweiligen Einrichtung eines besonderen Wachsaals für den Tag auf der unruhigen Frauenabtheilung zusammen. In der Wachabtheilung befanden sich bei den Männern Tags durchschnittlich nur 4,5 Kranke, bei den Frauen sogar nur 2,6 Kranke ausser Bett. Allerdings sind dabei diejenigen nicht mitgerechnet, welche gegen die ärztliche

Digitized by Google

Absicht im Hemde das Bett verliessen und trotz aller Sorge wenigstens zeitweise die Bemühungen vereitelten, eine wirklich dauernde Bettbehandlung durchzuführen. Jedenfalls war die Zahl der Kranken, welche auf den Wachabtheilungen sich ausser Bett bewegen durften, bei unsern Verhältnissen immer nur eine sehr kleine. Wir haben daher auch den Mangel eines eigenen Aufenthaltsraumes für diese Kranken ausser dem geräumigen Corridor niemals vermisst. Doch soll nicht geleugnet werden, dass sich in einer grösseren Anstalt das Bedürfniss nach einem besonderen Tageraum bei der Wachabtheilung wohl geltend machen kann.

Als das wesentlichste Ergebniss der im Vorstehenden mitgetheilten Erfahrungen möchte ich die Bestätigung des Satzes betrachten, dass die Unterbringung aller überwachungsbedürftigen Kranken auf einer einzigen Wachabtheilung im Laufe der Zeit zu schwerwiegenden Unzuträglichkeiten führt. Freilich wird man sich in kleinen Verhältnissen und unter dem Zwange der Nothwendigkeit einigermaassen durchzuwinden vermögen. Namentlich die Zusammensetzung der Wachabtheilung aus einzelnen, von einander abtrennbaren Sälen wird hier die Aufgabe erleichtern, wenn auch eine solche Gestaltung den Bedürfnissen einer ganz strengen Ueberwachung nicht völlig entspricht. Immer aber wird die Schwierigkeit, den Interessen der ruhigen und der unruhigen Kranken gleichmässig gerecht zu werden, mit Nothwendigkeit dahin führen, dass diese Letzteren wegen der Rücksicht auf ihre Nachbarn durch Schlafmittel beruhigt oder von der Abtheilung entfernt, unter Umständen isolirt werden, auch wenn ihr Zustand an sich vielleicht diese Maassregeln nicht erfordern würde. Dieser Schluss scheint mir aus unseren Erfahrungen unweigerlich abgeleitet werden zu müssen.

Daraus ergiebt sich also, dass eine vollkommene Lösung der Wachabtheilungsfrage nur durch Zerlegung der einen Wachabtheilung in mindestens zwei erreicht werden kann, eine für ruhige, eine andere für unruhige Kranke. Kann man noch weiter auseinander trennen, um so besser. Die besondere Vertheilung der Kranken auf die einzelnen Wachabtheilungen wird natürlich rein nach Zweckmässigkeitsgründen von Fall zu Fall entschieden. Sobald man über zwei gut ausgerüstete Wachabtheilungen verfügt, wird man zweifellos mit der Bettbehandlung störender Kranker ausser-

Digitized by Google

ordentlich weit gehen können. Gleichzeitig werden sich Isolirungen fast ganz auf diejenigen Fälle beschränken lassen, in denen sie für den Kranken selbst eine Wohlthat sind, und endlich wird es möglich sein, auch Schlafmittel nur dann in Anwendung zu ziehen, wenn man sicher ist, dass der Schaden derselben den Nutzen nicht etwa überwiegt. Nach allen diesen drei Richtungen hin stehen wir gewiss noch nicht überall auf der Höhe des Erreichbaren.

Ein weiteres Eingehen auf den hohen Werth der Wachabtheilungen für die Behandlung der Geisteskranken im Allgemeinen darf ich mir hier versagen. Der Wunsch, die Selbstmorde und Selbstverletzungen zu verhindern, hat den ersten Anstoss zur Einrichtung der dauernden Ueberwachung geboten. Sodann aber haben sich mit der Fortentwicklung dieser Maassregel, wie soeben noch *Sioli* gezeigt hat, die Aufgaben derselben in ungeahntem Maasse erweitert. Die Pflege der Unreinen, die Verhütung des Druckbrandes, die Einschränkung des Schmierens, der Zerstörungssucht, der Masturbation sind wichtige Nebenziele, deren erfolgreiche Berücksichtigung die Wachabtheilung heute mit verhältnissmässig geringfügigem Aufwande an Mühe und Arbeitskraft ermöglicht. Vielleicht sind nicht viele der Fachgenossen in der Lage, sich der Wohlthaten einer Wachabtheilung so klar bewusst zu werden, wie ich persönlich, da sie den Meisten von ihnen wohl schon als selbstverständlich erscheinen. Was es heisst, in einem Stadtasyl ohne Wachabtheilung zu arbeiten, habe ich leider im Würzburger Juliusspitale wie im Dresdener Stadtkrankenhause zu meinem Schrecken erfahren müssen, und auch in Dorpat gestatteten die äusserst unglücklichen und beschränkten baulichen Verhältnisse kaum mehr, als das Zerrbild einer Wachabtheilung. Dass ich selbst in Heidelberg noch nicht völlig wunschlos bin, geht aus meinen bisherigen Darlegungen hervor. Immerhin aber sind hier die Mängel und Unvollkommenheiten verschwindend gegenüber den Segnungen der bestehenden Einrichtung. Auch in ihrer jetzigen Form ist die Wachabtheilung bei uns der eigentliche Kern der Anstalt, der Mittelpunkt des Ganzen. In ihr vereinigt sich so ziemlich Alles, was irgendwie einer genaueren ärztlichen Beobachtung oder Behandlung bedarf. Dadurch vor Allem hat sich das Stadtasyl, wie schon *Griesinger* forderte, in hohem Maasse dem Muster der übrigen Kliniken und Krankenhäuser angenähert. Die Tragweite einer solchen Wandlung wird Niemand

Digitized by Google

unterschätzen; sie ist vielleicht in höherem Maasse geeignet, die Vorurtheile der Menge gegen die Irrenanstalten abzuschwächen, als alle Belehrungen. Für die grosse Anstalt stellt die Wachabtheilung nur ein Glied in der ganzen Kette von Einrichtungen dar, welche das Loos unserer Kranken zu bessern bestimmt sind; für die Stadtasyle bedeutet sie denjenigen Bestandtheil, welcher sie aus dem Range einer einfachen „Irrenniederlage“ zu demjenigen einer Heilanstalt erhebt. Nur die Wachabtheilung ist es demnach, der das Stadtasyl in höherem Sinne überhaupt seinen Werth und seine Daseinsberechtigung zu verdanken hat. —

Digitized by Google

Ueber Krankheitsdauer und Todesursachen bei der progressiven Paralyse.

Von

Dr. **Karl Heilbronner** - München.

Die nachfolgenden Untersuchungen wurden auf Veranlassung meines sehr verehrten Lehrers Herrn Obermedicinalrath Professor *Grashey* ursprünglich in der Absicht unternommen, Aufschluss über die Krankheitsdauer bei denjenigen Paralytikern zu gewinnen, welche ohne Hinzutritt einer complicirenden somatischen Erkrankung der Paralyse als solcher der Erschöpfung des Centralnervensystems erliegen. Abgesehen von dem rein wissenschaftlichen Interesse einer derartigen Arbeit handelte es sich darum, eine sichere statistische Grundlage für die Beantwortung der Fragen zu gewinnen, die dem Sachverständigen in forensen Fällen vom Richter vorgelegt werden können. Nun musste es von Anfang an ungenügend erscheinen, und diese Annahme wurde durch das Ergebniss bestätigt, die Untersuchung auf die genannten „reinen" Fälle zu beschränken; gerade im Hinblick auf den praktischen Zweck war vor Allem festzustellen, in wie vielen Fällen überhaupt ein vollständig complicationsloser Verlauf zu erwarten ist, welche Wahrscheinlichkeit also eventuell für einen an einer Complication verstorbenen Paralytiker bestanden hätte, direct seiner Paralyse zu erliegen. Nachdem einmal sämmtliche Fälle herangezogen waren, musste auch wenigstens ein Versuch gerechtfertigt erscheinen, die vorgekommenen Complicationen in gewisse natürliche Gruppen zu scheiden und deren Beziehung zur Krankheit selbst zu studiren. So wuchs die Arbeit über das ursprünglich beabsichtigte Maass hinaus zu jenem Umfang, der durch die Ueberschrift angedeutet ist.

Digitized by Google

Als Material dienten mir jene paralytischen Kranken, die in der Kreisirrenanstalt zu München im Laufe der letzten 20 Jahre starben. In Anbetracht der Wichtigkeit, welche bei Würdigung statistischer Arbeiten über Psychosen der Kenntniss des benutzten Materiales beizumessen ist, sei es mir gestattet, über dasselbe einige kurze Angaben zu machen.

Die Anstalt ist für Kranke beider Geschlechter aus dem Kreise Oberbayern bestimmt; der Zugang rekrutirt sich zum überwiegenden Theil aus der Bevölkerung der Stadt München, zum übrigen aus den kleineren Städten und den ländlichen Bezirken mit Ausschluss derjenigen, welche zum Bereiche der zweiten Kreisirrenanstalt in Gabersee gehören. Nicht Kreisangehörige sind wegen Platzmangel meist nur vorübergehend auf polizeiliche Einweisung und bis zur Transferirung in die heimathliche Anstalt anwesend. Nachdem die Anstalt 3 Verpflegungsklassen besitzt, sind unter den Insassen alle Klassen nicht nur im socialen, sondern auch im pecuniären Sinne vertreten; der Umstand, dass die zur Entlastung der hiesigen Anstalt erbaute Anstalt zu Gabersee nur eine dritte Verpflegungsklasse besitzt, und bis in die jüngste Zeit keine Privatheilanstalt in Oberbayern bestand, demnach fast alle Kranken der besitzenden Stände aus ganz Oberbayern in die hiesige Anstalt verbracht wurden, während ein grosser Theil der Minderbemittelten nach Gabersee zuständig ist, mag sogar ein kleines Ueberwiegen der besitzenden Stände gegenüber den Verhältnissen in anderen öffentlichen Anstalten bedingen.

Von sämmtlichen benutzten Fällen liegen ausser den Krankenjournalen auch die Sectionsprotocolle vor; die wenigen Fälle, bei denen aus äusseren Gründen die Section unterblieben war, wurden in Hinblick auf den Zweck der Arbeit nicht benutzt; ausgeschieden wurde ferner eine Reihe von Fällen, in denen der anatomische Befund der klinischen Diagnose der progressiven Paralyse nicht entsprach. Die Miteinrechnung dieser Fälle — meist alte Apoplexien, ein Cysticercus cerebri, ein chronischer Hydrocephalus ohne sonstige paralytische Veränderungen — wäre insofern nicht ohne Einfluss auf das Endresultat geblieben, als dieselben vielfach eine für Paralyse ungewöhnlich lange Dauer aufweisen, ausserdem zum Theil in einem Alter auftraten, in dem die Paralyse sich nur selten zu entwickeln pflegt.

Digitized by Google

Es blieben zur Benutzung 524 Fälle, 418 Männer 106 Weiber, ein Verhältniss von 4:1. Die Zahl der Männer dürfte genügend gross sein, um brauchbare Resultate zu ergeben. Bei der für statistische Zwecke geringen Zahl der weiblichen Fälle mag allerdings der Zufall bisweilen die Resultate trüben; trotzdem erschien es mir ungerechtfertigt, dieselben ganz ausser Betracht zu lassen oder mit den anderen zusammenzuwerfen, da es naturgemäss schwer sein dürfte, die für eine einwandfreie Statistik nöthige Zahl von Fällen weiblicher Paralyse in einer Anstalt zu gewinnen, die geringe Zahl aber doch bei vorsichtiger Benutzung noch manches Interessante ergiebt.

Beschaffenheit des Materiales und Art der Fragestellung bringen es nun mit sich, dass bei der Beurtheilung dem subjectiven Ermessen ein gewisser Spielraum bleibt, wodurch der Werth oder wenigstens die allgemeine Anwendbarkeit der gewonnenen Resultate gemindert wird. Diesem Missstand lässt sich vielleicht einigermaassen begegnen, wenn ich im Folgenden die Gesichtspunkte wiedergebe, die von vornherein für die Sichtung des Materials aufgestellt und strenge festgehalten wurden.

Eine erste Schwierigkeit ergab sich schon bei der Bestimmung der Krankheitsdauer. Die Untersuchung auf die Zeit des Anstaltsaufenthaltes zu beschränken, erschien mir nicht angängig; bei dem verschiedenen Verlauf der einzelnen Fälle und der Menge äusserer Verhältnisse, welche die Nothwendigkeit der Verbringung in die Anstalt mitbedingen, kommen die einzelnen Kranken zu ganz verschiedenen Zeiten in die Anstalt, sodass also von vornherein der Anstaltsaufenthalt nicht einmal als relatives Maass für die Gesammtdauer der Krankheit betrachtet werden durfte. Aber selbst angenommen, — und dies scheint bis zu einem gewissen Grade zuzutreffen — dass sich diese Unterschiede in Folge der grossen Anzahl von Fällen ausgleichen, so würde man damit immer nur ein relatives Maass für die Schwankungen der Krankheitsdauer unter bestimmten Verhältnissen haben, nicht aber die gewünschten absoluten Werthe. Demnach musste anamnestisch der Beginn der Erkrankung festgestellt werden. Angaben der Kranken selbst waren in dieser Richtung natürlich nur in den seltensten Fällen zu verwerthen; bei einer Anzahl namentlich von auswärts hiehergekommener Fälle lieferten die mitgekommenen ärztlichen Gutachten die gewünschte

Digitized by Google

Auskunft; in der Mehrzahl der Fälle aber sind die anamnestischen Daten den mündlichen Angaben entnommen, welche Angehörige oder Freunde der Kranken bei Besuchen in der Anstalt dem Arzte gemacht hatten; wenn dabei auch häufig die Daten aus früheren Jahren der Patienten sehr mangelhaft sind, so war doch fast ausnahmslos, wo überhaupt derartige Erhebungen angestellt werden konnten, über die letzten Jahre vor der Aufnahme das Nöthige in Erfahrung zu bringen; aber auch wo eine völlig genügende Anamnese vorliegt, ist es häufig schwer, einen bestimmten Zeitpunkt mit Sicherheit als den des Beginnes der Erkrankung festzustellen. Die Krankheit von dem Momente an zu datiren, wo sich zum ersten Male in acuter Weise eine geistige Störung documentirt hatte, hätte natürlich fast ausnahmslos zu kleine Zahlen ergeben; ebenso unmöglich war es, all' das schon als Zeichen der beginnenden Krankheit anzuerkennen, was nachträglich von den Angehörigen als solches angegeben wurde; würden all' die „Congestionen", „Hämorrhoidalbeschwerden" all' die unwesentlichen Absonderlichkeiten, die dem Laien nach Ausbruch der Krankheit als deren angebliche Vorboten „klar werden", thatsächlich schon als Krankheitssymptome anerkannt, so wären Paralysen mit 10 und mehrjähriger Dauer keine Seltenheit. Ich glaubte die beiden genannten Klippen am sichersten zu meiden, wenn ich bei der retrospectiven Würdigung der Symptome dieselben Gesichtspunkte walten liess, die uns bei der Diagnose der Paralyse zu leiten haben; dass dabei im vorliegenden Falle mancher Punkt fehlte, über den wir uns bei der Untersuchung leicht sofortigen Aufschluss verschaffen können, so namentlich bezüglich der feineren motorischen Störungen, bedarf kaum besonderer Erwähnung.

Dem Gesagten entsprechend wurden die häufig als Prodrome angegebenen Erscheinungen, welche den neurasthenischen Symptomencomplex zusammensetzen, wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, rasche Ermüdbarkeit, Arbeitsunlust noch nicht als der Paralyse im eigentlichen Sinne zugehörig anerkannt, so lange sich nicht entweder typische motorische Störungen — namentlich in Sprache und Schrift — oder die auch dem Laien auffallenden und von den Angehörigen oft treffend geschilderten Ausfallserscheinungen in intellectueller und namentlich auch in ethischer Beziehung damit combinirten; dass diese Erscheinungen bei den Kranken, an

Digitized by Google

welche ob ihrer höheren socialen Stellung auch höhere Ansprüche gestellt werden, meist früher beobachtet werden, ist selbstverständlich und bildet eines derjenigen Momente, welche die Abhängigkeit der Resultate von dem verwandten Material in erster Linie mitbedingen. Bei einer Anzahl von Kranken konnten auch bei genau erhobener Anamnese keinerlei krankhafte Symptome ermittelt werden, bis zu dem Momente, wo sich die Krankheit durch auftretende Hallucinationen, Anfälle totaler Verwirrtheit plötzlich geradezu acut äusserte; in solchen Fällen musste natürlich der Krankheitsbeginn auf diesen Moment verlegt werden. Von rein somatischen Symptomen wurden Sprach- und Schriftstörungen, selbst wenn noch keine psychischen Defecte bestanden oder, was wahrscheinlicher ist, beobachtet waren, stets als Symptom der ausgebrochenen Krankheit betrachtet; auch dieses Symptom wurde natürlich bei Personen, an die höhere geistige Ansprüche gestellt werden, früher beobachtet als bei einfachen Arbeitern; dagegen war bei letzteren, namentlich wenn ihre Thätigkeit eine gewisse Fingerfertigkeit und Sicherheit beanspruchte, z. B. bei Schneidern, häufig die Coordinationsstörung das erstbeobachtete Symptom; von dem Zeitpunkt des Eintrittes desselben wurde dann der Beginn der Krankheit datirt. In einer ziemlich erheblichen Anzahl von Fällen gingen dem Ausbruch der Krankheit jahrelang rein tabetische Symptome voraus, z. Th. ärztlich constatirt und in den Gutachten erwähnt, z. Th. aus der Schilderung der Kranken selbst oder der Angehörigen unzweifelhaft erkennbar; bei einer anderen Reihe von Fällen entwickelte sich schon frühe, zum Theil ophthalmoskopisch diagnosticirt, eine Opticusatrophie. Ich erwähne ausdrücklich, dass in diesen Fällen der Beginn der Paralyse stets erst in den Zeitpunkt verlegt wurde, wo sich zum ersten Male psychische Symptome — Ausfallserscheinungen oder Erregung — oder die für Paralyse charakteristischen Ataxien geltend machten. Es erscheint mir dies um so mehr gerechtfertigt, als in einem Theile der genannten Fälle ausdrücklich erwähnt ist, dass die tabischen Symptome respective die Opticusatrophie ohne psychische Symptome oder eigentlich paralytische Coordinationsstörungen bestanden.

Dagegen wurde in allen Fällen, wo als erste pathologische Erscheinung ein paralytischer Anfall erwähnt ist, auch wenn im Anschluss an denselben keine oder nur ganz kurze psychische

Digitized by Google

Störungen auftraten, der Anfall als das erste Symptom der Krankheit betrachtet, demnach die Dauer derselben vom ersten constatirten paralytischen Anfall an gerechnet. Ein Theil der Fälle mit sehr langer Dauer — N. B. nicht alle! — gehören dieser Kategorie an. Dieses Vorgehen scheint mir dadurch gerechtfertigt, dass die einzig mögliche Verwechslung mit Apoplexien, in deren Gefolge sich später psychische Störungen entwickelten, durch den Befund bei der Autopsie erkannt und die betreffenden Fälle — wie schon erwähnt — nachträglich ausgeschieden wurden. Dass nur zweifellos charakterisirte Anfälle berücksichtigt wurden, zweifelhafte, welche nur die Resultate hätten verwirren können, als solche nicht anerkannt wurden, sei im Interesse der Vollständigkeit gleichfalls besonders erwähnt.

Bei einer geringen Anzahl von Fällen (15 Männer und 20 Weiber) war in Ermangelung anamnestischer Dasen die Gesammtkrankheitsdauer nicht zu bestimmen; zur Berechnung blieben also nur 403 Männer und 86 Weiber.

Ausser der Gesammtkrankheitsdauer wurde auch die Dauer des Anstaltsaufenthaltes berücksichtigt, wobei sämmtliche 524 Fälle (418 Männer, 106 Weiber) zur Verwerthung kamen. Wo im folgenden von Anstaltsaufenthalt die Rede ist, bezieht sich dies nur auf den Aufenthalt in eigentlichen Irrenanstalten oder auf psychiatrischen Abtheilungen grösserer Krankenhäuser. Die Zeit der Verpflegung oder richtiger wohl Detention in nicht besonders dafür eingerichteten Krankenhäusern — der grössere Theil der Aufgenommenen kommt erst nach vorübergehendem Aufenthalt in solchen in die Anstalt — blieb unberücksichtigt, ebenso auch der Aufenthalt in Nerven- und Wasserheilanstalten, in denen für unsere Kranken häufig vor der Aufnahme in die Anstalt Hilfe gesucht worden war. Der Aufenthalt in auswärtigen Anstalten — nur bei einem ganz geringen Procentsatz gegeben — wurde natürlich mit eingerechnet, etwaige Beurlaubungen in Betracht gezogen. Gegenüber einer anderen Methode, die z. B. von *Ascher*[1]) befolgt wird, den Anstaltsaufenthalt von der ersten Aufnahme in eine Anstalt bis zum Tode ohne Berücksichtigung etwaiger Beurlaubungen zu berechnen, hat diese Methode den Vortheil einer exacteren Bestimmung der

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1884. S. 1.

Digitized by Google

wirklichen Verpflegungsdauer in der Anstalt; dieser Vortheil kommt namentlich bei Kranken mit langer Krankheitsdauer und längeren ausserhalb der Anstalt verbrachten Remissionen in Betracht.

Da bekanntlich eine grosse Zahl paralytischer Kranker nicht an Paralyse als solcher, das heisst an Erschöpfung des Centralnervensystems stirbt, sondern an verschiedenen complicirenden Erkrankungen, so wurde eine Gruppirung der Fälle auch von diesem Gesichtspunkte aus vorgenommen; dabei wurde grundsätzlich in erster Linie der Sectionsbefund berücksichtigt; derselbe gab öfter über Organerkrankungen Aufschluss, welche im Krankenjournal nicht erwähnt waren; nur in bestimmten, noch zu erwähnenden Fällen, wo der Sectionsbefund nicht zur Entscheidung genügte, wurde auf das Krankenjournal recurrirt. Die einzelnen Erkrankungen, welche als tödtliche Complicationen verzeichnet wurden, sollen an späterer Stelle erörtert werden; hier ist nur anzugeben, nach welchen Gesichtspunkten beim Sammeln des Materiales entschieden wurde, ob eine vorgefundene Anomalie als eine selbständige Complication, demnach als Todesursache, oder als der Paralyse angehörig resp. als belanglose Terminalerscheinung zu bezeichnen sei.

Von acuten Krankheiten konnte eine Reihe unbedenklich als Todesursache bezeichnet werden, selbst dann, wenn der Kranke auch ohne Eintritt der Complication der Paralyse als solcher alsbald erlegen wäre. Dies gilt vor allem für die gangränösen Pneumonien, die fast ausschliesslich bei hochgradig marastischen oder längere Zeit im Status paralyticus gelegenen Patienten vorkamen. Ebenso wurden natürlich croupöse Pneumonien stets als eigentliche Todesursache bezeichnet; schwieriger war die Entscheidung bezüglich der „katarrhalischen" Pneumonien.

Selbstverständlich wurden einfache hypostatische Herde nur als Terminalerscheinung betrachtet, die betreffenden Fälle demnach zu den uncomplicirten gerechnet, wenn keine weiteren Organerkrankungeu bestanden; dagegen musste in den Fällen, wo sich ein ganzer Lappen katarr.-pneumonisch infiltrirt erwies, dies als eine selbständige Complication resp. als Todesursache betrachtet werden. Diese Fälle sind übrigens auch in ihrem klinischen Verlauf von den vorerwähnten meist verschieden.

Wundinfectionskrankheiten wurden in all den Fällen als Todes-

Digitized by Google

ursache bezeichnet, wo die Section Zeichen allgemeiner septischer Infection oder pyämische Herde erwies, ferner in all' den Fällen, wo aus dem Krankenbericht zu entnehmen war, dass Kranke unter hohem Fieber und andren Zeichen plötzlicher Infection erlagen; dagegen blieben localisirte Processe und ebenso reactionslos gebliebene Decubitusstellen ausser Betracht.

Von den Befunden am Herzen und an den Gefässen wurden die fast constante Atheromatose und die häufig erwähnte Atrophie des Herzens als der Paralyse angehöriger Befund nicht weiter berücksichtigt. Als Todesursache wurden Anomalien des Herzens nur in den Fällen angenommen, wo sich acute Symptome der Herzinsufficienz, namentlich Höhlenhydrops und stärkere Hautödeme bei der Section fanden, und in einigen wenigen Fällen, bei denen klinisch schon längere Zeit Herzleiden — meist in der Form der Myodegeneratio cordis — constatirt waren und die dann unter den Symptomen der Herzlähmung lethal endeten; hierher gehören auch 5 Fälle, in denen die Section Pulmonalembolie als Todesursache nachwies.

Besondere Schwierigkeiten machte die Entscheidung darüber, in wie weit vorgefundene tuberculöse Veränderungen als Todesursache, in wie weit als Nebenbefunde zu bezeichnen seien. Zweifellos als Todesursache zu bezeichnen erschienen sie da, wo sich miliare Tuberculose zahlreicher Organe, hochgradige Zerstörung der Lunge oder neben Lungentuberculose mässigen Grades stärkere tuberculöse Darmveränderungen ergaben. In zweifelhaften Fällen letzterer Art wurde zur Entscheidung der klinische Verlauf mit herangezogen: wo sich erschöpfende Diarrhöen oder hectisches Fieber verzeichnet fanden, wurde die Tuberculose als Todesursache bezeichnet, ausserdem unberücksichtigt gelassen; letzteres geschah natürlich auch in den Fällen, wo sich eine beginnende Tuberculose, wie sie sich klinisch unter dem Bilde der Spitzeninfiltration darstellt, ergab.

Die übrigen später erwähnten tödtlichen Complicationen sind als solche zweifellos zu betrachten; ich hoffe also mit dem Gesagten über die Gesichtspunkte bei der Feststellung der Todesursachen den zur richtigen Würdigung der Resultate nothwendigen Aufschluss gegeben zu haben.

Um zu erkennen, ob die Kranken, welche im paralytischen

Digitized by Google

Anfall sterben, im Durchschnitt eine kürzere Krankheitsdauer haben, wurden die im Anfalle Erlegenen ausgeschieden und die Krankheitsdauer für dieselben gesondert berechnet; auch hier musste die Scheidung in complicirte und uncomplicirte Fälle eintreten; die im Anfalle an Complicationen Gestorbenen sind theils solche, welche schon vorher an Complicationen, meist Phthise oder Herzaffectionen litten, theils solche, die im und wohl durch den Anfall anderweitige Störungen, namentlich gangränöse Pneumonien acquirirten; in beiden Fällen kann im Anfall wohl nicht die alleinige Todesursache erblickt werden; denn ohne die schon vorher bestandene oder im Anfall acquirirte Complication wäre von diesem selbst vielleicht Erholung eingetreten. Für die Feststellung, ob der Tod im Anfall erfolgte, war nur der Krankenbericht maassgebend; wo in diesem Tod im Anfall verzeichnet stand, wurde dies auch in der vorliegenden Untersuchung angenommen; dabei mussten sich freilich in manchen Fällen Zweifel aufdrängen, ob es sich thatsächlich um wirkliche paralytische Anfälle gehandelt habe; dies gilt namentlich für 2 Fälle, in denen klinisch Anfälle diagnosticirt wurden, während die Section Lungenembolie ergab; auffallend erscheint auch das häufige Zusammentreffen von croupöser Pneumonie mit dem Bilde des paralytischen Anfalles. Bei der Zahl der Fälle dürfte aber, auch wenn thatsächlich hier ein Irrthum der Diagnose vorliegen sollte, keine wesentliche Verschiebung der Resultate eintreten, weshalb von einer willkürlichen Correctur Abstand genommen wurde.

Die Resultate der folgenden Untersuchungen wurden in Tabellen wiedergegeben; auf dieselben soll im Texte nur der betreffenden No. nach verwiesen werden.

1. Wie viele aller gestorbenen paralytischen Kranken sind der Paralyse als solcher erlegen?

Die Paralyse führt bekanntlich mit wenigen Ausnahmen regelmässig zum Tode, auch dann, wenn keine intercurrenten Krankheiten auftreten, und wenn es gelingt, von dem Kranken alle Schädlichkeiten fernzuhalten, welche ihm gefährlich werden könnten. Der Tod in diesen Fällen erfolgt dann entweder im paralytischen Anfall oder an Erschöpfung des Centralnervensystems. Aufgabe der ärztlichen Behandlung und sachkundiger Pflege ist es, diesen gewissermaassen idealen Tod paralytischer Patienten möglichst vielen zu sichern.

Digitized by Google

Bei dem mir vorliegenden Material, welches 418 männliche und 106 weibliche Kranke umfasst (vgl. Tab. I) trat dieser rein paralytische Tod bei 201 männlichen und 54 weiblichen Kranken ein, d. h. bei 48,09 pCt. der Männer und bei 50,85 pCt. der Weiber; diese Zahlen würden zwar dafür sprechen, dass das genannte ideale Ziel sich bei Männern noch schwerer erreichen lasse als bei Weibern, doch erscheint es mir fraglich, ob auf so geringe Differenzen Werth gelegt werden darf, oder ob dieselben durch Zufälligkeiten bedingt sind. Uebrigens wird auf gewisse Verschiedenheiten in den Verhältnissen bei Männern und Weibern noch an späterer Stelle zurückzukommen sein.

2. Wie viele derjenigen Patienten, welche der Paralyse als solcher erlagen, starben im Anfall, wie viele an Erschöpfung?

Es kommt verhältnissmässig selten vor, dass ein Kranker im ersten paralytischen Anfall, den er erleidet, zu Grunde geht; nicht wenige Kranke machen sogar eine Reihe von paralytischen Anfällen durch, bis sie endlich einem solchen erliegen. Dass die ärztliche Kunst dem einzelnen Anfall gegenüber nicht ganz machtlos ist, darf man wohl behaupten; insbesondere kommt viel darauf an, ob und in welcher Weise dem im Anfall liegenden Kranken Flüssigkeit zugeführt wird.

Es erscheint daher immerhin interessant zu wissen, wie viele von einer grösseren Anzahl von Kranken ohne jede Complication im Anfall, wie viele an Erschöpfung starben. (Vgl. Tab. I.)

Von den 201 ohne jede Complication gestorbenen männlichen und 54 weiblichen Kranken starben 95 Männer und 24 Weiber im Anfall, d. h. 22,73 pCt. aller männlichen und 22,64 pCt. aller weiblichen Kranken.

An Erschöpfung starben 106 männliche und 30 weibliche Kranke, d. h. 25,36 pCt. aller Männer, 28,21 pCt. aller Weiber.

Demnach ist das Plus der „idealen" Todesfälle bei Weibern dadurch bedingt, dass Todesfälle an Erschöpfung bei denselben etwas häufiger sind als bei Männern, während die Todesfälle im Anfall bei Männern und Weibern fast genau gleich häufig sind. Es sei schon hier erwähnt, dass diese Gruppe von Todesfällen auch in späteren Zusammenstellungen die grösste Constanz zeigt, ein Umstand, der für die Würdigung dieser Werthe sicher nicht ohne Bedeutung ist; er spricht dafür, dass eine gewisse, bei Männern

Digitized by Google

und Weibern gleich grosse Anzahl von paralytischen Anfällen vorkommt, der gegenüber die Resistenzkraft des Organismus und ärztliches Eingreifen machtlos sind.

3. Wie viele aller gestorbenen paralytischen Kranken sind nicht der Paralyse als solcher, sondern irgend welchen Complicationen erlegen?

Bei der grossen Anzahl schädlicher Einflüsse, denen der Paralytiker ausgesetzt ist, darf man wohl annehmen, dass von denjenigen Paralytikern, welchen die Wohlthat der Anstaltsbehandlung nicht zu Theil wird, nur ein ganz geringer Procentsatz der Gefahr entgeht, den Folgen complicirender Erkrankungen zu erliegen; aber auch innerhalb der Anstalt stirbt noch ein erheblicher Theil an Complicationen (cf. Tab. I).

Von unseren 418 Männern und 106 Weibern erlagen insgesammt 217 Männer und 52 Weiber an Complicationen, d. h. 51,91 pCt. der Männer und 49,06 pCt. der Weiber. Für die Würdigung der kleinen Differenz gilt natürlich das Gleiche, was sub 1 gesagt wurde.

4. Wie viele der an Complicationen gestorbenen paralytischen Kranken erlagen der Complication als solcher, wie viele einer Complication im Anfall?

Es liegt einerseits nahe anzunehmen, dass Kranke, welche neben ihrer Paralyse an einer complicirenden somatischen Erkrankung (Phthise, Herzaffection) leiden, einem paralytischen Anfall besonders leicht erliegen, anderseits ist zweifellos die Gefahr, eine bedrohliche Complication (Decubitus, Schluckpneumonie) zu acquiriren, während des paralytischen Anfalls besonders gross. Trotzdem ist die Zahl der Kranken, welche auf eine der beiden genannten Arten während des Anfalles an Complicationen erlagen, nicht besonders gross. (Vgl. Tab. I.) Von den 217 Männern und 52 Frauen, die wie erwähnt an Complicationen erlagen, starben 23 Männer und 10 Frauen an Complicationen im Anfall, d. h. 5,50 pCt. aller Männer und 9,43 pCt. aller Weiber.

Der weit grössere Rest, 194 Männer und 42 Weiber, erlag direct der Complication, d. h. 46,41 pCt. aller Männer und 39,63 pCt. aller Weiber.

Demnach waren die Fälle, in denen der Tod direct an Complicationen erfolgte, bei Männern um ein Erhebliches zahlreicher als bei Weibern; der Grund dafür ist das häufigere Vorkommen

Digitized by Google

bestimmter Arten von Complicationen bei Männern, worüber das Nähere an späterer Stelle (sub 21 ff.) folgen wird.

Umgekehrt kamen Todesfälle an Complicationen im Anfall bei Weibern relativ häufiger vor als bei Männern; die Bedeutung dieser relativen Ziffer wird aber durch die geringe absolute Zahl der Fälle gemindert; ich möchte also aus derselben keine weiteren Schlüsse ziehen.

5. Wie viele paralytische Kranke starben insgesammt im paralytischen Anfall?

Wo für die Beurtheilung nur das klinische Bild maassgebend ist und kein Sectionsresultat vorliegt, wird es unmöglich sein, zu entscheiden, ob ein im Anfall gestorbener Kranker dem Anfall als solchem oder einer eventuellen Complication erlegen ist; namentlich Lungenaffectionen, die sich während des Status paralyticus entwickelt haben, werden sich sehr häufig der Diagnose entziehen, und derartige Fälle werden sich klinisch häufig nicht von solchen unterscheiden, in denen der Tod durch den Anfall selbst erfolgte. Es ist deshalb nöthig, auch die Summe all' derjenigen Fälle kennen zu lernen, welche unter dem klinischen Bilde des paralytischen Anfalles verstarben. (Vgl. Tab. I.) Es waren dies von unseren 418 Männern 118, von 106 Weibern 34, d. h. 28,23 pCt. aller Männer und 32,07 pCt. aller Weiber, demnach mehr Weiber als Männer. Auch diese Zahl, die ja eigentlich nicht nur die dem Anfall Erlegenen umfasst, bleibt erheblich hinter der Angabe von ***Mendel***[1]) zurück, demzufolge 50 pCt. aller Kranken im epileptiformen oder apoplectiformen Anfall sterben.

6. Wie viele der im paralytischen Anfalle verstorbenen Kranken erlagen dem Anfall als solchem, wie viele an Complicationen, die während desselben auftraten oder schon vorher bestanden?

Die Zahlen zur Beantwortung dieser Frage sind schon im Vorgehenden (sub 2 und 4) erwähnt; der Uebersichtlichkeit halber sei hier wiederholt, dass von 118 Todesfällen im Anfall bei Männern 95, von 34 Todesfällen im Anfall bei Weibern 24 durch den Anfall als solchen bedingt waren, d. h. 22,73 pCt. aller Fälle bei Männern, 22,64 pCt. bei Weibern, während von den Männern 23,

[1]) Die progr. Paralyse der Irren. S. 269.

Digitized by Google

von den Weibern 10 im Anfall an Complicationen starben, d. h. 5,50 pCt. aller Männer 9,43 pCt. aller Weiber.

Diese Zahlen sprechen erstens dafür, dass für den weitaus grössten Theil derjenigen Fälle, welche klinisch unter dem Bilde des Anfalles endeten, der Anfall thatsächlich als causa mortis bezeichnet werden darf, eine Feststellung, die auch in forenser Beziehung nicht unwichtig sein dürfte; die Zahlen lehren aber ferner, dass nur die Häufigkeit der Fälle, in denen der Anfall direct die Todesursache war, die schon erwähnte Ueberstimmung bei Männern und Weibern zeigt, somit von gesetzmässigen Factoren abhängig sein dürfte, während die Fälle, in denen der Tod im Anfall an Complicationen erfolgte, bei Männern und Weibern ganz verschiedene Frequenz aufweisen, sodass also von einer gesetzmässigen Häufigkeit nicht mehr die Rede sein kann.

7. Wie lange dauerte die Krankheit im Durchschnitt bei allen verstorbenen paralytischen Kranken?

Von den Fällen von Paralyse, die unter stürmischen Symptomen in kürzester Frist zum Tode führen, und die von mancher Seite geradezu als acute Paralyse bezeichnet werden, bis zu jenen, die nie acute Erscheinungen machen, sondern nur ganz allmählich die körperlichen und geistigen Kräfte der Kranken erschöpfen, bis dieselben nach langem Siechthum, nachdem sie monatelang als blosse Objecte der Pflege in den Krankensälen der Anstalten gelegen, erliegen, giebt es eine Menge von Uebergangsformen; nur in einer geringen Anzahl von Fällen ist es möglich, von vornherein zu sagen, welchen Verlauf die Krankheit weiterhin nehmen wird; nach den stürmischsten Initialerscheinungen kann die Krankheit in ruhigere Bahnen lenken und dann noch Jahre lang dauern, andererseits kann noch nach langem, schleichenden Verlauf der Krankheit ein acuter Ausbruch in kurzer Zeit zum Tode führen; überdies können noch relativ spät Remissionen den Verlauf hemmen. Um so werthvoller muss es sein, für die Krankheitsdauer Mittelwerthe zu finden, die zwar für die prognostische Beurtheilung des einzelnen Falles auch keine bestimmten Anhaltspunkte liefern können, aber doch das Material zur Beantwortung einer Reihe von forensen Fragen bilden können.

Sehen wir vorläufig von jeder Scheidung nach den verschiedenen Todesarten ab, so betrug (vgl. Tab. I) die mittlere Dauer bei

Digitized by Google

403 männlichen Kranken, wo sie überhaupt ermittelt werden konnte, 2 Jahre 7 Monate 3 Wochen, bei 86 weiblichen Kranken 2 Jahre 11 Monate — Wochen.

Demnach war die mittlere Dauer bei den Weibern um 3 Monate und eine Woche grösser als bei den Männern; dass die paralytische Erkrankung bei Weibern länger dauert, entspricht auch anderweitigen Beobachtungen; ob aber thatsächlich der Verlauf bei Weibern ein gutartigerer ist, oder ob die Differenz durch anderweitige Einflüsse bedingt ist, soll an späterer Stelle (sub 36) erörtert werden.

Bei der Würdigung unserer Zahlen darf überdies ein Punkt nicht ausser Acht gelassen werden; dieselben beziehen sich ausschliesslich auf Kranke, die in der Anstalt den Tod fanden. Nun ist es zwar sicher, dass die Paralyse in der übergrossen Mehrzahl der Fälle erst mit dem Tode des Individuums endet — die sichergestellten Fälle von „geheilter Paralyse" sind noch so wenig zahlreich, dass sie statistisch kein Gewicht haben; dagegen ist hervorzuheben, dass eine Anzahl von Kranken, deren Paralyse sehr langsam verläuft und keine acuten Symptome macht, überhaupt nie in die Anstalt gelangt, während eine weitere Anzahl zwar in die Anstalt verbracht, nach Schwinden der acuten Erscheinungen aber wieder in häusliche Pflege übernommen wird; gerade solche Fälle mit langsamem Verlaufe und sehr langer Dauer dürften häufig ausserhalb der Anstalten ihr Ende finden, sodass also die Zahlen unserer Statistik, die sich nur auf die in der Anstalt Verstorbenen bezieht, auf derartige Fälle mit sehr langer Dauer keine Rücksicht nehmen kann, etwas kleiner ausfallen mögen, als den thatsächlichen Verhältnissen bei allen Kranken entsprechen würde.

8. Wie lange dauerte die Krankheit bei denjenigen Fällen, welche der Paralyse als solcher erlagen?

Wollen wir erfahren, wie lange es im Durchschnitt dauert, bis die Paralyse als solche den Kranken tödtet, so müssen wir natürlich von den Fällen absehen, in denen der Tod nicht durch die Paralyse als solche, sondern durch eine complicirende Erkrankung eintrat.

Da man im allgemeinen annehmen darf, dass derartige Complicationen den Kranken zu einer Zeit tödten, wo er seiner Paralyse noch nicht erlegen wäre, so müssen wir erwarten, dass die durchschnittliche Dauer dieser „reinen" Fälle grösser ist, als die aller

Digitized by Google

Fälle. Diese Voraussetzung trifft auch (vgl. Tab. I) für die Männer zu; die Fälle, in denen der Tod infolge der Paralyse selbst eintrat, hatten eine durchschnittliche Dauer von 2 Jahren 9 Monaten 3 Wochen, demnach um 2 Monate und 1 Woche mehr als wir oben (sub 7) als Mittel aller Fälle gefunden hatten.

Anders bei Weibern; die sämmtlichen Weiber, welche ihrer Paralyse als solcher erlagen, wiesen eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 2 Jahren 9 Monaten — Wochen auf; diese Zahl zeigt gegenüber der entsprechenden bei Männern ein Minus von 3 Wochen. Was aber auf den ersten Blick ganz unverständlich erscheint, ist die Thatsache, dass die Durchschnittsdauer bei den ihrer Paralyse erlegenen Weibern nicht, wie zu erwarten, grösser, sondern um 2 Monate kleiner ist, als das Mittel für alle Fälle. Es läge nahe, diese Differenz einer zufälligen Gruppirung der Fälle zuzuschreiben; die folgenden Befunde werden aber eine ganz gesetzmässige Erklärung dieser auffallenden Thatsache ergeben.

9. Wie lange dauerte die Krankheit bei den im Anfalle, wie lange bei den an Erschöpfung gestorbenen paralytischen Kranken?

Der Tod an Erschöpfung kann gewissermaassen als der normale Abschluss der paralytischen Erkrankung betrachtet werden; dagegen erliegen durch Anfälle zahlreiche Kranke in einem Stadium, das sonst noch Aussicht auf längere Erhaltung gelassen hätte. Demnach wird auch die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den an Anfällen Gestorbenen kürzer sein müssen als bei den an Erschöpfung Gestorbenen. (Vgl. Tab. I.) Thatsächlich betrug auch die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den an Erschöpfuug gestorbenen Männern 3 Jahre — Monate — Wochen, bei den an Erschöpfung gestorbenen Weibern 2 Jahre 9 Monate 1 Woche; dagegen betrug die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den an Anfällen gestorbenen Männern 2 Jahre 7 Monate 2 Wochen, bei den an Anfällen gestorbenen Weibern 2 Jahre 8 Monate 3 Wochen.

Demnach wirken die Anfälle bei Männern deletärer als bei Weibern; der Tod im Anfalle erfolgte nämlich bei den Männern im Durchschnitt um 4 Monate und 2 Wochen früher als der an Erschöpfung, bei Weibern aber beträgt die Differenz nur 2 Wochen; besonders auffallend erscheint nun der Umstand, dass die an Erschöpfung gestorbenen Männer im Durchschnitt um 2 Monate und 3 Wochen länger krank waren, als die an Erschöpfung gestorbenen

Digitized by Google

Weiber, während im allgemeinen die Weiber eine längere Krankheitsdauer aufweisen als die Männer; dieser Unterschied lässt sich zunächst nur dadurch erklären, dass von den Weibern nach langer Krankheitsdauer nur mehr wenige an Erschöpfung erliegen, ein grosser Theil dagegen Complicationen zum Opfer fällt.

10. Wie lange dauerte die Krankheit bei denjenigen paralytischen Kranken, welche an irgend einer Complication zu Grunde gingen?

Die Beantwortung der Frage, wie lange die Krankheit bei denjenigen Paralytikern dauerte, welche an einer Complication erlagen, bildet nicht nur die nothwendige Ergänzung zum Vorstehenden, sondern sie giebt auch Aufschluss über die Intensität und die Erfolge der ärztlichen Bemühungen um den Kranken. Es wurde oben (sub 1) als Aufgabe der ärztlichen Thätigkeit bezeichnet, das Auftreten von Complicationen möglichst hintanzuhalten; vollständig wird sich ja dieses Ziel nie erreichen lassen; abgesehen davon, dass es gegen einen Theil der aufgetretenen Complicationen keine Prophylaxe giebt, wird es mit dem zunehmenden Verfall des Kranken unmöglich werden, ihn auch nur vor den Complicationen zu schützen, vor denen man ihn in früheren Stadien bewahren konnte. Wo ärztliche Pflege fehlt, wird es nicht nur häufiger, sondern auch in früheren Stadien zu tödtlichen Complicationen kommen; je sorgfältiger der Kranke gepflegt wird, desto mehr wird sich das Auftreten von Complicationen auf die letzten Stadien beschränken, desto geringer wird also der Unterschied der Krankheitsdauer bei den an Erschöpfung gestorbenen und bei den an Complicationen erlegenen Kranken sein. Von diesem Ziel sind wir wieder bei Männern weiter entfernt als bei Weibern (vgl. Tab. I).

Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug bei den an Complicationen gestorbenen Männern 2 Jahre 5 Monate 1 Woche bei den an Complicationen gestorbenen Weibern 3 Jahre 1 Monat — Woche; demnach ergiebt sich für die Weiber ein Plus von 7 Monaten und 3 Wochen gegenüber den Männern.

Noch auffallendere Resultate ergiebt ein Vergleich mit den Zahlen für die Kranken, welche ihrer Paralyse als solcher erlagen (cf. sub 8). Bei den Männern hatten die letzteren eine um 4 Monate und 2 Wochen längere Krankheitsdauer als die an Complicationen erlegenen, bei den Weibern aber zeigen die ihrer Paralyse

Digitized by Google

erlegenen eine um 4 Monate kürzere Krankheitsdauer als die an Complicationen Verstorbenen. Vergleichen wir mit denen, welche an Erschöpfung starben (cf. sub 9), so ergiebt sich bei den Männern sogar eine Verkürzung der Krankheitsdauer durch die Complicationen um 6 Monate und 3 Wochen, während die an Complicationen gestorbenen Weiber immer noch eine um 3 Monate und 3 Wochen längere Krankheitsdauer aufweisen als die an Erschöpfung gestorbenen.

Demnach gelang es zwar bei den Weibern in der Mehrzahl der Fälle den Eintritt von Complicationen bis in die letzten Stadien hinein zu verhindern, von den Männern hingegen ging trotz ärztlicher Bemühungen noch ein Theil in früheren Stadien durch Complicationen zu Grunde.

Die Ursache dieser Verschiedenheit soll, soweit sich darüber etwas eruiren lässt, (sub 21 ff.) bei Besprechung der einzelnen Complicationen dargestellt werden.

11. Wie lange dauerte die Krankheit bei denjenigen Kranken, welche an Complicationen als solchen, wie lange bei denen, welche im Anfall einer Complication erlagen?

Wird die durchschnittliche Dauer der Erkrankung bei den Kranken, welche direct einem Anfall erliegen, kürzer als bei den an Erschöpfung Gestorbenen, so sollte man a priori vermuthen, dass unter denjenigen Kranken, welche an Complicationen erlagen, diejenigen, welche einer Complication im Anfalle erlagen, eine kürzere Krankheitsdauer hätten, als die einer Complication als solcher Erlegenen; denn bei ersteren concurrirten zwei Schädlichkeiten zur Abkürzung des Verlaufes.

Die erhaltenen Resultate (vgl. Tab. I) sprechen aber bei den Männern nicht für ein derartig gesetzmässiges Verhalten.

Die an Complicationen direct verstorbenen Männer hatten nämlich eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 2 Jahren 4 Monaten 3 Wochen, die an Complicationen im Anfall gestorbenen von 2 Jahren 11 Monaten — Wochen. Die letztere Zahl ist also wider Erwarten nicht unbeträchtlich höher; dabei ist aber zu bedenken, dass sie nur das Mittel aus 23 Fällen darstellt; es kann als ein blosser Zufall betrachtet werden, dass gerade unter diesen mehrere eine sehr lange Dauer aufwiesen und so die Mittelzahl vergrösserten. Noch weniger Werth darf natürlich auf die entsprechenden Zahlen

Digitized by Google

bei den Weibern gelegt werden, trotzdem dieselben der obigen Annahme entsprechen würden; es wiesen nämlich die an Complicationen direct Verstorbenen eine Krankheitsdauer von 3 Jahren 2 Monaten 1 Woche auf, die an Complicationen im Anfall Verstorbenen jedoch nur von 2 Jahren 9 Monaten 2 Wochen.

Beiläufig sei hier eine Bemerkung gestattet, die beweist, wie nothwendig bei der Frage nach der durchschnittlichen Krankheitsdauer der Paralytiker die genaue Berücksichtigung der Todesursache ist. Würde man ohne Rücksicht auf eingetretene Complicationen nur die im Anfalle Gestorbenen gesondert betrachten, so ergäbe sich für die sämmtlichen im Anfalle gestorbenen Männer eine Krankheitsdauer von 2 Jahren 8 Monaten 1 Woche, für die nicht im Anfalle Gestorbenen von 2 Jahren 7 Monaten 1 Woche, demnach eine Verlängerung der Krankheitsdauer für die im Anfalle Gestorbenen, während wir oben (sub 9) nach Ausscheidung der an Complicationen Verstorbenen eine nicht unerhebliche Verkürzung fanden; unter den sämmtlichen nicht im Anfall Gestorbenen findet sich eben eine grosse Anzahl von Kranken, die nach ganz kurzer Krankheitsdauer an Complicationen starben und so käme ein ganz falsches Resultat zu Stande.

Bei den Weibern, wo die an Complicationen Gestorbenen im Durchschnitt sogar eine längere Krankheitsdauer aufweisen als die ihrer Paralyse erlegenen, käme natürlich eine derartige Verschiebung nicht zu Stande: die sämmtlichen im Anfalle gestorbenen Weiber weisen eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 2 Jahren 9 Monaten 1 Woche auf, die sämmtlichen nicht im Anfalle Gestorbenen von 3 Jahren 1 Monat 2 Wochen; demnach wäre hier entsprechend den thatsächlichen Verhältnissen, wie sie sich nach Ausscheidung der an Complicationen Verstorbenen ergeben haben, die Krankheitsdauer bei den im Anfall Gestorbenen verkürzt.

12. Wie viele aller paralytischen Kranken starben im 1., 2., 3. u. s. w. Krankheitsjahre?

Es kann natürlich nicht Aufgabe der statistischen Untersuchung sein, sich mit jedem einzelnen Falle gesondert zu beschäftigen; dies verbietet sich schon mit Rücksicht auf den Umfang der Arbeit; um aber ein Urtheil über den Werth der erhaltenen Mittelzahlen zu gewinnen, erscheint es nothwendig, wenigstens einen summarischen Ueberblick darüber zu geben, aus welchen Zahlen die gefundenen Mittelwerthe

Digitized by Google

gewonnen werden. Erst dadurch wird der Einfluss erkenntlich, den einzelne vom Mittel weit abweichende Zahlen, die grössten und kleinsten Werthe, auf die Gestaltung des Endresultates üben; andererseits gewinnen wir auf diese Weise wenigstens ein ungefähres Bild, wie sich die Verhältnisse in Wirklichkeit gestalten.

Es sei deshalb im Folgenden in Kürze angegeben, wie viele Kranke im 1., 2., 3. u. s. w. Jahre der Krankheit starben (vgl. Tab. II a und b).

Es starben von 403 männlichen und 86 weiblichen Kranken, bei denen die Gesammtdauer der Krankheit zu ermitteln war, im ersten Krankheitsjahre: 78 Männer, 18 Weiber, d. h. 19,35 pCt. der Männer, 20,93 pCt. der Weiber; im 2. Krankheitsjahre: 96 Männer, 14 Weiber, d. h. 23,82 pCt. der Männer, 16,28 pCt. der Weiber; im 3. Krankheitsjahre: 85 Männer, 17 Weiber, d. h. 21,09 pCt. der Männer, 19,77 pCt. der Weiber.

Es starben also im ersten Krankheitsjahre etwas mehr Weiber als Männer; im zweiten Krankheitsjahre aber starben von den Männern ganz erheblich mehr als von den Weibern, ebenso zeigt auch das dritte Krankheitsjahr noch ein allerdings kleineres Plus bei den Männern.

Eine Krankheitsdauer von mehr als 3 Jahren, demnach eine das Mittel übersteigende, weisen demnach von den Männern noch 144 oder 35,72 pCt., von den Weibern dagegen 37 oder 43,03 pCt. auf. Dem entsprechend stirbt auch von den Weibern eine grössere Anzahl im 4. und 5. Krankheitsjahre als von den Männern. Es starben nämlich im 4. Krankheitsjahre 67 Männer und 17 Weiber, d. h. 16,62 pCt. der Männer 19,77 pCt. der Weiber, im 5. Krankheitsjahre 35 Männer und 9 Weiber, d. h. 8,68 pCt. der Männer 10,47 pCt. der Weiber.

Diese Zahlen erklären es, dass die durchschnittliche Dauer für die Weiber grösser wird als für die Männer. Besonders hervorzuheben ist die Thatsache, dass die Krankheitsdauer in einer grossen Anzahl von Fällen sich vom Mittel ziemlich erheblich entfernt, dass insbesondere eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Kranken erheblich länger krank ist, als dem Mittel entspricht, und dass die Zahl dieser Kranken bei Weibern nicht unerheblich grösser ist als bei Männern.

Endlich fand sich unter unseren Kranken noch eine erhebliche

Digitized by Google

Anzahl solcher, bei denen die Paralyse abnorm langsam verlief. Als abnorm langsam verlaufen darf man wohl die Fälle bezeichnen, die eine mehr als 5jährige Dauer aufwiesen; trotzdem die Fälle mit sehr langsamem Verlauf verhältnissmässig seltener in den Anstalten enden als andere, trotzdem ferner, wie aus den einleitenden Bemerkungen hervorgeht, die Dauer der Erkrankung im einzelnen Falle stets sehr vorsichtig bestimmt wurde, fanden sich unter unseren 403 Männern noch 42, unter unseren 86 Weibern 11, welche länger als 5 Jahre krank waren, d. h. 10,42 pCt. der Männer, 12,79 pCt. der Weiber; demnach sind auch diese Fälle bei Weibern etwas häufiger. Die Zahlen zeigen eine auffallende Uebereinstimmung mit der von *Mendel*[1]) citirten Angabe *Shankey*'s, dass $^9/_{10}$ aller Paralytiker nach 5 Jahren todt seien.

Einzelne dieser Fälle zeigten sogar noch eine erheblich längere Krankheitsdauer; da es unmöglich war, diese einzelnen Fälle in die Tabelle aufzunehmen, sei es gestattet, dieselben hier nachzutragen.

Es starben nach einer Krankheitsdauer von

5— 6 Jahren	21 Männer	4 Weiber
6— 7 -	11 -	2 -
7— 8 -	2 -	1 -
8— 9 -	2 -	1 -
9—10 -	2 -	1 -
10—11 -	2 -	1 -
11—12 -	1 -	1 -

Die längste Krankheitsdauer, die überhaupt zur Beobachtung kam, betrug 18 Jahre; der betreffende — männliche — Kranke wurde vom Beginn seiner Erkrankung bis zum Tode sehr genau beobachtet; die Diagnose wurde schon ganz im Beginn der Krankheit gestellt; dieselbe verlief ohne Remission; 7 Jahre und 10 Monate verbrachte der Kranke in verschiedenen Anstalten; zuletzt erlag er in der hiesigen ohne Hinzutritt einer Complication an Erschöpfung.

Die längste Krankheitsdauer, die bei einem Weibe beobachtet wurde, betrug, wie oben erwähnt 12 Jahre; die betreffende Kranke wurde in heftigster Erregung, die erst wenige Tage vorher eingesetzt hatte, aufgenommen und nach 2 Monaten anscheinend geheilt

[1]) l. c. S. 270.

Digitized by Google

entlassen; nach 6monatlicher Pause wurde sie wieder aufgenommen und als paralytisch erkannt; nach einem Anstaltsaufenthalt von insgesammt $11^1/_2$ Jahren erlag sie an Lungentuberculose. Dass auch die erste kurze Attaque schon ein Symptom der Paralyse war, trotzdem damals die Diagnose nicht gestellt war, darf wohl mit Sicherheit behauptet werden[1]).

13. Wie viele derjenigen Kranken, welche ihrer Paralyse als solcher erlagen, starben im 1., 2., 3. u. s. w. Krankheitsjahre?

Auch wenn es möglich wäre, alle Paralytiker vor dem Eintritt von Complicationen zu bewahren, würde noch ein ganz erheblicher Theil derselben schon nach kurzer Zeit der Paralyse selbst zum Opfer fallen; über die Frage, wie oft dieser rein paralytische Tod in den einzelnen Stadien der Krankheit eintritt, geben uns die Resultate der bisherigen Untersuchung keinen Aufschluss.

Im Folgenden seien deshalb die Hauptergebnisse unserer dahin gerichteten Untersuchung mitgetheilt; bezüglich der genauen Ziffern, sei auf die Tabellen (IIa und b) verwiesen; auf eine ausführliche Wiedergabe derselben kann hier um so mehr verzichtet werden, als sich der Inhalt derselben von selbst erklärt.

Wir haben (sub 8) gefunden, dass bei den ihrer Paralyse als solcher erlegenen Männern die Krankheitsdauer grösser ist, als bei der Gesammtzahl aller; daraus musste schon der Schluss gezogen werden, dass die Zahl der rein paralytischen Todesfälle während der ersten Jahre relativ geringer ist, als die Zahl der sämmtlichen Todesfälle während dieser Zeit; dies ist auch thatsächlich der Fall.

Er erlagen ihrer Paralyse als solcher 197 männliche Kranke, davon 117 oder 59,38 pCt. während der ersten 3 Jahre; dagegen starben von den sämmtlichen 403 Männern 259 oder 64,28 pCt. während dieses Zeitraumes. Die Differenz ist nicht sehr bedeutend; angenommen, dass kein Kranker an Complicationen erläge, so würden von sämmtlichen Kranken nur ca. 5 pCt. mehr das 4. Krankheitsjahr erleben als thatsächlich der Fall ist. Vermindert würde in diesem Falle namentlich die Zahl der im 2. und 3. Krankheitsjahre Gestorbenen, vermehrt die Zahl der im 5. und nach dem 5. Jahre Gestorbenen; doch werden die Unterschiede für das einzelne Krankheitsjahr sehr gering.

---

[1]) cf. *Mendel* l. c. S. 273.

Digitized by Google

Andere Verhältnisse ergeben sich bei den Weibern. Schon die Gestaltung der Durchschnittswerthe (sub 9) musste die Vermuthung nahe legen, dass die Zahl der rein paralytischen Todesfälle bei den Weibern während der ersten Krankheitsjahre besonders gross ist. Dies trifft auch für das 2. und 3. Krankheitsjahr zu; im ersten aber würde gerade wie bei Männern, die Zahl der Todesfälle vermindert, wenn es gelänge, alle complicirenden Erkrankungen hintanzuhalten; während nämlich von sämmtlichen 86 Weibern 18 oder 20,93 pCt. im ersten Krankheitsjahre starben, erfolgten von insgesammt 44 rein paralytischen Todesfällen nur 7 oder 15,99 pCt. innerhalb dieses Zeitraumes; ein sehr erheblicher Theil aller rein paralytischen Todesfälle erfolgt bei Weibern im 4. Krankheitsjahre, nämlich 12 = 27,27 pCt., während von den sämmtlichen Todesfällen nur 19,77 pCt. in dieses Jahr fallen.

In den letzten Jahren wird die Zahl der rein paralytischen Todesfälle bei Weibern relativ immer geringer; besonders erwähnenswerth ist es, dass von den 3 weiblichen Kranken mit mehr als 10jähriger Krankheitsdauer keine mehr ihrer Paralyse als solcher erlag, während bei den Männern gerade diejenigen mit sehr langer Krankheitsdauer einen rein paralytischen Tod fanden.

Es ist klar, dass dieses Verhältniss, auch bei einer grossen Anzahl von Fällen nicht unbedeutend auf die Gestaltung der Mittelwerthe einwirkt.

14. Wie viele der an Anfällen, wie viele der an Erschöpfung gestorbenen paralytischen Kranken starben im 1., 2., 3. u. s. w. Krankheitsjahre?

Anfälle können den Paralytiker in jedem Stadium der Krankheit tödten; von diesen Todesfällen im Anfall prägen sich aber dem Gedächtniss des Beobachters diejenigen am lebhaftesten ein, welche Kranke im Beginn ihres Leidens hinraffen; betreffen sie doch gerade die Kranken, bei denen Hoffnung auf längere Erhaltung am ehesten gerechtfertigt wäre; man gewinnt so den Eindruck, dass tödtliche Anfälle gerade in den ersten Jahren der Krankheit besonders häufig wären, dabei ist aber wohl zu bedenken, dass überhaupt und insbesondere in der Anstalt die Zahl der Kranken, bei denen die Paralyse erst kürzere Zeit gedauert hat, grösser ist, als die Zahl derer, welche schon Jahre lang leiden, so dass also die absolute Zahl der tödtlichen Anfälle während der ersten

Digitized by Google

Krankheitsjahre naturgemäss grösser sein muss als während der späteren; ob aber auch eine relativ grössere Häufigkeit besteht, darüber kann nur eine genaue Statistik Aufschluss geben.

Diese lehrt nun wider Erwarten, dass die Mortalität an Anfällen bei Männern fast genau den gleichen Gang einhält wie die Gesammtmortalität (vgl. Tab. IIa); die Annahme, als ob tödtliche Anfälle während der ersten Krankheitsjahre besonders häufig vorkämen, erschiene somit nicht gerechtfertigt; im ersten Krankheitsjahre kommen tödtliche Anfälle sogar noch etwas weniger häufig vor, als der Gesammtheit der Todesfälle während dieses Zeitraumes entsprehen würde. Trotzdem ist die obige Annahme nicht ganz unbegründet. Berücksichtigen wir nämlich nur die rein paralytischen Todesfälle und vergleichen demnach die Zahl der Todesfälle im Anfall mit der Zahl der Todesfälle an Erschöpfung, so finden wir Folgendes:

Von 104 Todesfällen an Erschöpfung erfolgten im 1. Jahre 21 = 20,19 pCt.;

von 93 Todesfällen im Anfall dagegen nur 16 = 17,21 pCt.

Während des ersten Krankheitsjahres ist demnach die Häufigkeit der tödtlichen Anfälle eine relativ geringe.

Dagegen erfolgten im 2. und 3. Jahre von den 104 Todesfällen an Erschöpfung je 18 = 17,31 pCt.;

von den 93 tödtlichen Anfällen dagegen

im 2. Krankheitsjahre 23 = 24,73 pCt.
- 3. - 21 = 22,58 -

Im 2. und 3. Jahre ist also die Zahl der tödtlichen Anfälle viel bedeutender als die Zahl der Todesfälle an Erschöpfung; wie später ausgeführt werden soll, gelangen die Kranken gewöhnlich erst während des 2. Krankheitsjahres in die Anstalt; ein sehr erheblicher Procentsatz aller tödtlichen Anfälle muss demnach bald nach der Aufnahme eintreten. In den späteren Jahren der Krankheit erfolgen dem eben Gesagten entsprechend natürlich mehr Todesfälle an Erschöpfung, weniger dnrch Anfälle.

Noch mehr als bei Männern sind die ersten Krankheitsjahre bei Weibern durch die Häufigkeit tödtlicher Anfälle ausgezeichnet (vgl. Tab. IIb); die Vermehrung trifft bei Weibern auch das erste Krankheitsjahr mit; doch soll auf solch' kleinere Differenzen kein

Digitized by Google

grösserer Werth gelegt werden, nachdem die absolute Zahl der Fälle nicht sehr gross ist.

Fassen wir das Gefundene zusammen, so ergiebt sich Folgendes: Tödtliche Anfälle kommen während des 2. und 3. Krankheitsjahres bei Männern, während des 1.—3. bei Weibern relativ häufiger vor als solche an Erschöpfung; dagegen entspricht ihre Vertheilung auf die einzelnen Jahre fast genau der Vertheilung der sämmtlichen Todesfälle. Der deletäre Einfluss, den die tödtlichen Anfälle üben, wird etwas verwischt durch den noch bedeutenderen der tödtlichen Complicationen; wäre es möglich, letztere ganz auszuschliessen, so würde die Bedeutung der Anfälle erst deutlich zu Tage treten. Diese Thatsache drückt sich auch in den früher gefundenen Mittelzahlen aus.

Auch hier geben übrigens die Zahlen, welche sich nur auf das Material der Anstalt beziehen, vielleicht keine ganz richtigen Resultate; es erscheint mir nicht unwahrscheinlich, dass mancher Kranke ausserhalb der Anstalt schon nach kurzer Krankheitsdauer einem Anfall erliegt, diese Fälle gehen natürlich der Statistik verloren; in einer Reihe solcher Fälle war vielleicht beim Eintritt des Anfalles die Diagnose noch nicht gestellt, und der paralytische Anfall wird dann als wahre Apoplexie bezeichnet, wenn nicht die Autopsie das Irrige dieser Ansicht nachweist.

15. Wie viele der an Complicationen gestorbenen paralytischen Kranken starben im 1., 2., 3. u. s. w. Krankheitsjahre?

Es erscheint zweifellos, dass ein Paralytiker von jeder somatischen Erkrankung, die einen anderen Geisteskranken oder einen Geistesgesunden befallen kann, ergriffen und durch sie getödtet werden kann. Man sollte nun annehmen, dass diese Gefahr um so grösser würde, je länger die Paralyse gedauert hat, je mehr demnach die allgemeine Schwäche zunimmt, und es wäre demnach wahrscheinlich, dass von den Todesfällen an Complicationen eine grosse Anzahl sich erst in den späteren Jahren der Krankheit ereignete.

Ein derartiges Verhältniss liess sich auch bei den Weibern constatiren (vgl. Tab. IIb): Während von 86 Todesfällen überhaupt 11 oder 12,79 pCt. sich nach dem 5. Jahre ereigneten, traten von 42 Todesfällen an Complicationen 7 = 16,66 pCt. nach diesem Zeitraume auf; bei Männern dagegen (vgl. Tab. IIa) starben nach

Digitized by Google

dem 5. Jahre von 403 Kranken überhaupt 42 oder 10,42 pCt., von 206 an Complicationen erlegenen dagegen nur 18 = 8,74 pCt.; ähnliche Verhältnisse ergaben sich für das 5. Krankheitsjahr.

Der thatsächliche Befund entspricht demnach bei den Weibern unserer Vermuthung, nicht aber bei den Männern.

Nach dem Gesagten erscheint es selbstverständlich, dass bei Männern tödtliche Complicationen in den ersten Jahren etwas häufiger vorkommen, als der Gesammtmortalität entsprechen würde; höchst auffallend erscheint es aber, dass auch bei den Weibern von 42 Todesfällen an Complicationen 11 = 26,19 pCt. im ersten Krankheitsjahr erfolgten, während, wie mehrfach erwähnt, nur 20,93 pCt. aller Todesfälle in diese Zeit fallen. Es müssen also wohl ausser der Disposition zu complicirenden Erkrankungen, die bei geschwächten Paralytikern in späteren Stadien besteht, noch besondere Momente gegeben sein, welche schon ganz im Anfange die Neigung zu solchen steigern; auf dieselben kann erst bei Besprechung der einzelnen Complicationen eingegangen werden.

Naturgemäss sind hier mehr als bei der Vertheilung der rein paralytischen Todesfälle auch Zufälligkeiten maassgebend: während der Eintritt des rein paralytischen Todes nur von der Schwere der paralytischen Erkrankung und dem eventuellen Eintritt eines schweren Anfalles abhängt, können tödtliche Complicationen noch durch eine Reihe äusserer Einflüsse bedingt oder verhütet werden.

16. Wie viele der an Complicationen als solchen, wie viele der im Anfall an Complicationen gestorbenen paralytischen Kranken starben im 1., 2., 3. u. s. w. Krankheitsjahre?

Wir haben (sub 4) gesehen, dass von den an Complicationen gestorbenen Kranken der weitaus grössere Theil der Complication als solcher erlag, und nur ein geringer Procentsatz an Complicationen im Anfall starb. Deshalb ergaben sich für die Vertheilung der Todesfälle, welche an Complicationen als solchen erfolgten, fast genau die gleichen Verhältnisse, wie wir sie eben für die sämmtlichen an Complicationen Gestorbenen fanden. Diejenigen Punkte, welche wir oben als charakterisch hervorhoben, — die grössere Häufigkeit der tödtlichen Complicationen im ersten Krankheitsjahre, die Minderung derselben bei Männern in den letzten Krankheitsjahren, das neue Ansteigen der Zahl derselben bei Weibern in den letzten Stadien — werden noch deutlicher, wenn wir von den

Digitized by Google

Fällen absehen, wo der Tod an Complicationen im Anfall erfolgte (vgl. Tab. II a und b).

Auf die Vertheilung der letztgenannten Fälle auf die einzelnen Krankheitsjahre kann aus mehrfach gewürdigten Gründen kein Gewicht gelegt werden; der Vollständigkeit halber schien es aber angezeigt, sie wenigstens in die Tabelle aufzunehmen.

17. Mit wie viel Procent participiren die einzelnen Haupttodesursachen an der Gesammtsterblichkeit des 1., 2., 3. u. s. w. Krankheitsjahres?

Ich habe im Vorstehenden versucht, einen Ueberblick über den Gang der Sterblichkeit an den verschiedenen Todesursachen in den verschiedenen Stadien der Krankheit zu geben; um Schlüsse daraus ziehen zu können, war es stets nöthig die Quote der Gesammtsterblichkeit, welche auf den betreffenden Jahrgang trifft, zum Vergleich heranzuziehen.

Die so gefundenen Verhältnisse werden nun noch deutlicher, wenn wir natürlich mit Zugrundelegung der im Vorstehenden gefundenen absoluten Werthe berechenen, wie viele von 100 Todesfällen, die in einem bestimmten Jahrgang erfolgten, durch die einzelnen Todesarten (Erschöpfung, Anfall, Complication als solche, Complication im Anfall) bedingt waren. (Vgl. Tab. III a und b.) Sehr deutlich springt bei dieser Darstellung der grosse Antheil in die Augen, den die tödtlichen Complicationen bei Männern und Weibern an der Gesammtmortalität des ersten und zweiten Krankheitsjahres haben, während die Todesfälle an Erschöpfung während dieser beiden Jahre nur einen relativ geringen Procentsatz aller Fälle ausmachen; die relative Häufigkeit wächst dann bei Männern bis zum 5. bei Weibern bis zum 4. Krankheitsjahre; das Maximum ist aber bei Weibern bedeutender als bei Männern, auf dieses folgt ein Abfall, der bei den Weibern gleichfalls stärker ist als bei den Männern. Der Antheil der tödtlichen Complicationen an der Mortalität sinkt bei Männern bis zum 5. Jahre, um nach demselben unerheblich zu steigen, bei Weibern dagegen folgt nach dem Sinken bis zum 4. Jahre ein neuer erheblicher Anstieg; gerade diesen bedeutenden Antheil der Complicationen an der Weibersterblichkeit in den letzten Krankheitsjahren haben wir schon im Vorstehenden als ausserordentlich wichtig für die Deutung unserer Untersuchungsergebnisse befunden.

Digitized by Google

Sehr übersichtlich lehrt uns diese Zusammenstellung, wie die tödtlichen Anfälle bei Männern in allen Stadien fast den gleichen Procentsatz der Gesammtmortalität ausmachen; dass sich das Verhältniss ändert, wenn nur die rein paralytischen Todesfälle in Betracht gezogen werden, wurde schon früher betont (sub. 14). Bei den Weibern tritt der grössere Antheil, den die Anfälle an der Sterblichkeit der ersten Jahre haben, auch ohne diese Ausscheidung zu Tage.

Die Fälle, in denen der Tod im Anfalle an Complicationen erfolgte, liefern in allen Stadien nur einen geringen Procentsatz aller Todesfälle. Im übrigen geben die Tabellen ein viel klareres Bild der Verhältnisse als eine wörtliche Erklärung, die zu dem manches schon Erwähnte wiederholen müsste, weshalb ich mich auf diese kurzen Andeutungen beschränke.

18. Wie lange währte der Anstaltsaufenthalt im Durchschnitt bei allen verstorbenen paralytischen Kranken?

Der Zeitpunkt, zu dem die Ueberführung eines Kranken in die Anstalt erfolgt, hängt nicht nur von der Schwere der paralytischen Erkrankung, sondern ganz besonders von einer Reihe äusserer Verhältnisse ab. Es ist ja zweifellos, dass ein paralytischer Maniacus schon im Interesse der öffentlichen Ordnung bald der Anstalt übergeben werden muss, während ein ruhiger Dementer ohne Störung anderer in häuslicher Pflege bleiben kann. Eine nicht unbedeutende Rolle wird ferner in dieser Hinsicht das Verständniss der Angehörigen spielen: je früher sich bei denselben die Ueberzeugung von dem Vorhandensein einer psychischen Störung bildet, jemehr sie die Vorurtheile gegen die Anstalt überwunden haben, desto eher wird dem Erkrankten die Wohlthat der Anstaltsbehandlung zu Theil werden; einen nicht geringen Einfluss vermag in dieser Beziehung der Familienarzt zu üben, der wegen der beginnenden Störung, wenigstens in der besser situirten Klasse, wohl stets zuerst zu Rathe gezogen wird. Von grosser Bedeutung endlich ist das Maass der Irrenfürsorge in einem bestimmten Gebiete: je ausgedehnter das Anstaltswesen entwickelt ist, je weniger Schwierigkeiten auch der Aufnahme leicht Erkrankter entgegenstehen, desto frühzeitiger wird cet. paribus die Aufnahme geschehen. Trotz all' dieser zahlreichen complicirenden Momente ergab nun unsere Untersuchung, dass im Durchschnitt der vielen Fälle ein ziemlich con-

Digitized by Google

stantes Verhältniss zwischen Dauer der Krankheit und Dauer des Anstaltsaufenthaltes besteht; es seien deshalb wenigstens die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung im folgenden mitgetheilt.

Die 418 Männer unserer Beobachtung befanden sich im Durchschnitt 1 Jahr 3 Monate — Woche in der Anstalt; die 106 Weiber 1 Jahr 8 Monate — Woche; demnach blieben die Weiber im Durchschnitt 5 Monate länger in der Anstalt als die Männer, diese Differenz ist grösser als die früher für die Dauer der Krankheit gefundene. Der Grund dafür sei nach Beantwortung der folgenden Frage erörtert.

19. Wie lange Zeit verging im Durchschnitt vom Beginn der Erkrankung bis zur Aufnahme in die Anstalt?

Wenn uns die gesammte Krankheitsdauer für einen Kranken bekannt ist, ferner die Zeit, welche er in der Anstalt verbracht hat, so giebt uns die Differenz dieser beiden Zahlen die Zeit an, die vom Beginn der Erkrankung bis zu seiner Aufnahme in die Anstalt verfloss — vorausgesetzt, dass der Kranke, einmal aufgenommen, continuirlich in der Anstalt verblieb: bei der Mehrzahl der hier verwertheten Fälle trifft dies auch thatsächlich zu; es werden zwar stets eine Reihe von Paralytikern nach längerem oder kürzerem Aufenthalt wieder entlassen oder in andere Anstalten transferirt, doch kehrt von diesen nur ein geringer Bruchtheil wieder zurück; die grosse Mehrzahl der Kranken, welche in der Anstalt erlagen, waren nie beurlaubt; wir können also ohne erheblichen Fehler die genannte Differenz als Ausdruck für die Zeit ansehen, welche vom Beginn der Erkrankung bis zur Aufnahme verfloss.

Es ergiebt sich demnach, dass die Männer nach einer Krankheitsdauer von 1 Jahr 4 Monaten 2 Wochen, die Weiber nach einer solchen von 1 Jahr 3 Monaten — Wochen in die Anstalt gelangten. Demnach kommen die Weiber, bei denen die Krankheit länger zu dauern pflegt, früher in die Anstalt als die Männer, deren Krankheit kürzere Dauer aufweist. Diese Thatsache — gerade das Gegentheil des zu Vermuthenden — dürfte rein äussere Gründe haben. Der Platzmagel ist auf den männlichen Abtheilnngen noch grösser als auf den weiblichen: so wird die Aufnahme von Männern noch mehr erschwert und eventuell verzögert als von Weibern. Es liegt auf der Hand und wird auch aus späteren Untersuchungsergebnissen hervorgeben, dass in diesem Umstand eine nicht geringe Schädi-

Digitized by Google

gung der männlichen paralytischen Kranken liegt; die Differenz erscheint wohl an sich gering, aber bedeutend genug, wenn man die Summe der Schädlichkeiten erwägt, die einen paralytischen Kranken innerhalb eines Zeitraumes von 6 Wochen treffen können.

20. Wie viele aller verstorbenen paralytischen Kranken starben im 1., 2., 3. u. s. w. Jahre des Anstaltsaufenthaltes?

Es ist eine betrübende Thatsache, die auch dem Laien bekannt ist und dazu beiträgt, das Vorurtheil gegen die Anstalten zu nähren, dass sehr häufig Kranke nach ganz kurzem Aufenthalt in den Anstalten erliegen. Auch von unseren Kranken ereilte dies Loos einen sehr erheblichen Theil. Von den 418 männlichen Kranken (vgl. Tab. IVa) erlagen 42, von den 106 weiblichen Kranken (vgl. Tab. IVb) 10 noch im ersten Monat des Anstaltsaufenthaltes, d. h. 10,50 pCt. der Männer und 9,43 pCt. der Weiber; im 2. und 3. Monat erlagen weitere 59 Männer und 14 Weiber, d. h. 14,11 pCt. der Männer, 13,21 pCt. der Weiber.

Demnach starben von den sämmtlichen Kranken, die überhaupt bis zum Tode in der Anstalt blieben, fast $^1/_4$ noch innerhalb des ersten Vierteljahres; auch hier sind die Verhältnisse bei Weibern etwas günstiger als bei Männern.

Zum Zustandekommen dieser auffallend hohen Mortalität in der ersten Zeit des Anstaltsaufenthaltes concurriren eine Reihe verschiedener Ursachen. Eine derselben wurde schon früher betont: eine grosse Reihe von Kranken kommt gerade in der Zeit in die Anstalt, in der die Gefahr tödtlicher Anfälle am grössten ist. Noch erheblicheren Antheil an der Mortalität der ersten Monate haben die Fälle von „acuter Paralyse“; diese Kranken kommen natürlich ausnahmslos in Anstalten, zum Theil schon im äussersten Maasse erschöpft und erliegen dann nicht selten innerhalb weniger Tage an zunehmender Erschöpfung oder an Infectionen, die sie sich in ihrer Erregung zugezogen haben; unsere Statistik weist eine Reihe derartiger deletärer Fälle auf.

Am schwersten fallen aber natürlich diejenigen Fälle in's Gewicht, welche erst in den letzten Stadien von den Angehörigen oder aus Krankenhäusern in die Anstalt verbracht werden, wenn die Kranken durch dauernde Incontinenz der Umgebung unerträglich werden, oder die Unmöglichkeit spontaner Nahrungsaufnahme die Ueberführung in psychiatrische Behandlung zur unabweisbaren

Digitized by Google

Pflicht macht; derartige Kranke gelangen dann nicht selten schon halbverhungert, bedeckt mit Excoriationen in die Anstalt; mehrere Kranke wurden thatsächlich moribund eingeliefert! Unter solchen Verhältnissen kann es auch nicht Wunder nehmen, dass an der Mortalität während der ersten Monate des Anstaltsaufenthaltes die complicirenden Erkrankungen einen besonders grossen Antheil haben.

Nach Ablauf des ersten Vierteljahres mindert sich die Zahl der Todesfälle, und zwar nicht nur entsprechend der geringeren Zahl noch vorhandener Kranker, sondern in viel bedeutenderem Maasse. Im Laufe des 2. Vierteljahres starben nämlich 62 Männer und 11 Weiber, d. h. 14,83 pCt. der Männer und 10,37 pCt. der Weiber; während des zweiten Halbjahres des Anstaltsaufenthaltes erlagen noch 70 Männer und 15 Weiber, d. h. 16,75 pCt. der Männer und 14,15 pCt. der Weiber. Auf die kleinen Differenzen zwischen Männern und Weibern innerhalb dieser einzelnen Zeiträume kann kein weiterer Werth gelegt werden. Hingegen ist es nicht ohne Bedeutung, dass von 418 Männern 185 = 44,26 pCt. von 106 Weibern dagegen 56 = 52,84 pCt. in das zweite Jahr des Anstaltsaufenthaltes gelangten. Es entspricht dies der schon erwähnten Thatsache, dass die mittlere Dauer des Anstaltsaufenthaltes bei Männern erheblich kürzer ist als bei Weibern.

Auch im 2. Jahre des Anstaltsaufenthaltes war die Mortalität der Männer noch bedeutender als die der Weiber. Während desselben starben 93 Männer und nur 19 Weiber, d. h. 22,25 pCt. der Männer und 17,93 pCt. der Weiber. Erst im dritten Jahre des Anstaltsaufenthaltes wird die Mortalität der Weiber grösser. Länger als 3 Jahre waren in der Anstalt nur 40 Männer und 14 Weiber, d. h. 9,57 pCt. der Männer und 13,21 pCt. der Weiber; die längere Krankheitsdauer der Weiber und der Umstand, dass sie früher in die Anstalt gelangen, sind wohl gleichmässig als Ursachen dieser Differenzen anzusehen. So kann es auch nicht Wunder nehmen, dass ein Anstaltsaufenthalt von mehr als 5 Jahren — sicher bei Paralytikern ein recht seltenes Vorkommniss bei Männern nur in 7 Fällen, bei Frauen aber in 5 Fällen, d. h. bei 1,68 pCt. der Männer und bei 4,72 pCt. der Weiber constatirt werden konnte. Zur Ergänzung der Tabelle sei hier nachgetragen, wie lange diese Kranken sich in der Anstalt befanden.

Digitized by Google

Es starben im

6.	Jahre	des	Anstaltsaufenthaltes	2	Männer	1 Weib
7.	-	-	-	1	Mann	1 -
8.	-	-	-	3	Männer	1 -
9.	-	-	-	1	Mann	0 -
12.	-	-	-	0	-	1 -

Der letzte Fall wurde schon an früherer Stelle erwähnt; von den genannten 12 Kranken fand nur je ein Mann im 7. und und 8. Jahre des Anstaltsaufenthaltes einen rein paralytischen Tod, die anderen erlagen an Complicationen.

Im Uebrigen ergab die Untersuchung der Vertheilung der verschiedenen Todesarten auf die einzelnen Jahre des Anstaltsaufenthaltes keine wesentlich neuen Gesichtspunkte; die Resultate dieser Untersuchung sind in den Tabellen IVa und b und Va und b zusammengestellt, aus denen das Wesentlichste schon im Vorstehenden berührt wurde. Soweit die Dauer des Anstaltsaufenthaltes von Bedeutung ist für die Aetiologie einzelner der gefundenen Complicationen, soll bei Besprechung der letzteren darauf zurückgegriffen werden.

21. Welche tödtliche Complicationen wurden bei den Kranken unseres Materiales gefunden, wie oft kamen die einzelnen tödtlichen Complicationen vor?

Es unterliegt keinem Zweifel, dass unter einer sehr grossen Anzahl von Paralytikern sich alle Arten von somatischen Krankheiten, folglich auch alle Todesursachen finden werden, die bei anderen Kranken vorkommen, und es wäre interessant festzustellen, wie sich die Häufigkeit derselben gegenüber den Verhältnissen bei anderen Geisteskranken oder bei Geistesgesunden gestaltet. Für eine derartige Feststellung ist natürlich unser Material zu klein. Einzelne Erkrankungsformen kamen überhaupt nicht, andere nur vereinzelt vor; dagegen erscheinen einzelne Krankheitsformen so häufig, dass wir das Zusammentreffen mit der paralytischen Erkrankung nicht als ein zufälliges betrachten dürfen, andrerseits berechtigt sind, aus unserem Material Schlüsse auf die wechselseitige Einwirkung von Grundkrankheit und complicirender somatischer Erkrankung zu ziehen.

Zunächst mögen hier die Namen der einzelnen tödtlichen Complicationen nach ihrer Häufigkeit geordnet folgen. Die beigesetz-

Digitized by Google

ten Zahlen geben den Procentsatz an, den sie zur Gesammtsterblichkeit liefern; nachdem die Complicationen ca. die Hälfte aller Todesfälle bedingen (genau 51,92 pCt. bei den Männern, 49,06 bei den Weibern) lässt sich durchaus ohne weiteres ersehen, welchen Antheil sie an der Summe aller Complicationen haben.

Es starben von den Männern an:

Tuberculose	75	=	17,94 pCt.
Wundinfectionen . .	34	=	8,14 -
Gangraen. pulmon. . .	29	=	6,94 -
Herzaffectionen . . .	26	=	6,22 -

Hieher wurden auch 5 Fälle von Lungenembolie, sowie je einer von Ruptura cordis und hämorrhagischer Pericarditis gerechnet.

Pneumonia croup.	22	=	5,26 pCt.
Aspirat. corp. alien.	6	=	1,44 -
Pneumonia catarrh.	5	=	1,19 -
Pleuritis nach Rippenfractur .	4	=	0,95 -
Peritonitis	3	=	0,72 - ,

davon eine in Folge von Blasenruptur, eine im Anschluss an Periproctitis, eine mit unbekannter Aetiologie.

Ulcus ventriculi . . . . . 3 = 0,72 pCt.

einmal Tod durch Blutung, zweimal durch Perforation.

Perforation eines Ulcus duoden.		
Pleuritis		
Scorbut		
Abscess der Prostata		
Milzruptur		je einmal
Dysenterie	= 10	= 2,39 pCt.
Nephritis parench. acuta . . .		
- - chronic. . .		
- interstit. chronic. . .		
Gastro-Enteritis haemorrhagic. .		

Es starben von den Weibern an:

Tuberculose	21	=	19,81 pCt.
Pneumon. croup. . .	8	=	7,55 -
Gangraen. pulm. . . .	6	=	5,64 -
Wundinfectionen . . .	4	=	3,77 -

Digitized by Google

Pneumon. catarrh. . .	3 =	2,81 pCt.
Carcinom. mammae . .	2 =	1,88 -

Pleuritis	je 1 = 4 = 3,75 pCt.
Aspirat. corp. alien. .	
Nephrit. interst. chron.	
Apoplexia traumatica .	

Der letzterwähnte Fall betraf eine Kranke, die von einer zweiten gegen eine Kante gestossen wurde, bewusstlos umsank, sich nach 24 Stunden erholte und anscheinend keine weiteren Folgen der Verletzung zeigte; nach 8 Tagen starb sie plötzlich, und die Section ergab einen apoplectischen Herd, der nach seinem Aussehen im Anschluss an die Verletzung entstanden sein musste.

Weitaus den grössten Antheil an der Sterblichkeit hat nach dieser Zusammenstellung bei Männern und Weibern die Tuberculose; bei Weibern ist er sogar noch etwas grösser als bei Männern; die Zahl würde noch erheblich grösser werden, wenn die Kranken nicht häufig aus anderen Gründen erlägen, bevor die tuberculöse Erkrankung weitere Fortschritte macht. Bei den Sectionen finden sich nämlich nicht nur sehr oft Residuen alter, längst abgelaufener tuberculöser Affectionen, sondern auch in erschreckender Häufigkeit frische und zum grossen Theil sehr bösartige Formen beginnender Lungentuberculose. Während diese bei Geistesgesunden und eventuell sogar bei anderen, nicht paralytischen Geisteskranken unter günstigen äusseren Verhältnissen der Heilung zugänglich sein mögen, erscheint es mir sehr unwahrscheinlich, dass eine Lungentuberculose bei einem Paralytiker noch zur Ausheilung gelangen wird. Zweifellos vermehrt der Aufenthalt in Anstalten, namentlich in überfüllten Anstalten die Gefahr tuberculöser Infection. Beweis dafür ist, dass auch unter unseren Paralytikern die Tuberculosemortalität und Morbidität mit der Zunahme der Pfleglinge stieg, nach Entlastung der Anstalt abnahm, worauf hier jedoch nicht näher eingegangen werden kann; abgesehen von dieser Gefahr, die aus dem Anstaltsaufenthalt erwächst, bedingt aber auch die paralytische Erkrankung als solche eine erhöhte Disposition zu tuberculöser Infection, wie an späterer Stelle ausgeführt werden soll.

Einen weiteren erheblichen Antheil an der Gesammtmortalität der männlichen Paralytiker haben die Wundinfectionskrankheiten;

Digitized by Google

an solchen erlagen von 418 Männern 34 oder 8,14 pCt.; bei den Weibern war diese Todesursache viel seltener, sie fand sich unter 106 Weibern 4mal, d. h. bei 3,77 pCt.; die Gründe dieser Differenz sollen später erörtert werden. Dafür erlagen auffallend viele Weiber, nämlich 8 oder 7,55 pCt., an croupöser Pneumonie, während von den Männern 22 = 5,26 pCt. durch solche den Tod fanden; die allgemeine Schwäche der Paralytiker, die häufig oberflächliche Respirationsthätigkeit der nicht arbeitenden Kranken, namentlich aber die ungenügende Reinhaltung der Mundhöhle, welche der Ansiedelung von Mikroorganismen Vorschub leistet, sind jedenfalls die Hülfsursachen dieser zahlreichen Pneumonien; daneben erscheint es aber von Interesse, dass während einzelner Jahre die Todesfälle an croupöser Pneumonie ganz auffallend häufig waren, dass gleichzeitig auch Erkrankungen an Pneumonie mit Ausgang in Heilung gehäuft vorkamen, sodass man geradezu an ein epidemieartiges Auftreten zu denken gezwungen ist.

Lungengangrän wurde bei 29 Männern und 6 Weibern als Todesursache constatirt, d. h. bei 6,94 pCt. der Männer und 5,64 pCt. der Weiber; davon hatten 8 Männer und 1 Weib die Affection acquirirt, während sie im paralytischen Anfall lagen; in 4 Fällen (2 Männer, 2 Weiber) entwickelte sich die Lungenaffection im unmittelbaren Anschluss an die künstliche Fütterung.

7 Kranke (6 Männer, 1 Weib) fanden den Tod durch Erstickung; hastig verschlungene, ungekaute Bissen gelangten in den Respirationstractus und führten zum Tode, ehe ärztliche Hülfe zur Stelle war; (in mehreren ähnlichen Fällen gelang es Kranke, die schon dem Tode nahe waren, durch manuelle Entfernung des im Kehlkopfeingang steckenden Bissens zu retten).

4 Kranke fanden den Tod durch eitrige Pleuritis, die sich im Anschluss an Rippenfracturen entwickelt hatte; in einem dieser Fälle erwies sich bei der Autopsie auch das Sternum mit fracturirt. Trotzdem in der Anstalt gerade auf die Verhütung der Rippenfracturen die grösste Sorgfalt verwendet wird — fast alle Sectionsberichte nehmen Rücksicht auf das Vorkommen oder Fehlen von solchen — gelang es also nicht, derartige deletäre Fälle ganz zu verhüten.

Auffallend erscheint es noch, dass bei den Männern Herzaffectionen viel häufiger als Todesursache erscheinen als bei Weibern;

Digitized by Google

an solchen starben nämlich 26 Männer und nur 3 Weiber, d. h. 6,22 pCt. der Männer und 2,81 pCt. der Weiber; der Grund dafür ist jedenfalls darin zu suchen, dass bei Männern der übermässige Alkoholgenuss eine noch grössere Rolle spielt als bei Weibern; denn, wie schon erwähnt, betrafen die Herzerkrankungen in der Mehrzahl der Fälle den Herzmuskel, nur in vereinzelten Fällen das Endocard und einmal das Pericard.

Die übrigen Complicationen wurden zu selten beobachtet, um allgemeine Schlüsse ziehen zu können; die Mittheilung der zum Theil sehr interessanten Einzelbeobachtungen aber liegt ausserhalb des Rahmens unserer Aufgabe.

22. Sind alle oder auch nur einzelne der vorgekonnenen tödtlichen Complicationen von der Paralyse abhängig?

Von den Krankheiten, die wir in unserer Zusammenstellung finden, hätte ein Theil die Kranken jedenfalls befallen und vielleicht getödtet, auch wenn sie nicht paralytisch gewesen wären. Einzelne derselben, so die meistens Affectionen des Herzens, bestanden schon vor der Aufnahme in die Anstalt, wahrscheinlich wohl schon vor Beginn der paralytischen Erkrankung; andere, und dahin gehören fast alle die Erkrankungen, die nur in einzelnen Fällen zur Beobachtung gelangten, traten erst später nach längerer Dauer der paralytischen Erkrankung auf, ohne dass sich behaupten liesse, dass der Kranke mit grosser Wahrscheinlichkeit von ihr verschont geblieben wäre, wenn er nicht paralytisch gewesen wäre; dabei ist freilich zuzugeben, dass die verringerte Widerstandskraft des Paralytikers die Prognose einer jeden Complication verschlechtert, dass insbesondere der psychische Zustand oft jede rationelle Therapie erschwert oder ganz unmöglich macht.

Dagegen sind eine Reihe der gefundenen Complicationen, und zwar gerade die häufigst gefundenen, directe Folgen der paralytischen Erkrankung; dahin gehören vor allem die Wundinfectionskrankheiten und die gangränösen Pneumonien, die sich wenigstens in der von uns gefundenen Häufigkeit nur auf dem Boden einer anderen schweren Erkrankung, in unserem Falle eben der Paralyse entwickeln; auch die croupösen Pneumonien sind, wie erwähnt, wenigstens zum Theil Folge der Paralyse; in diese Kategorie gehören ferner die Fälle von Suffocation durch Fremdkörper, sie sind die Folge der echt paralytischen Gier, mit der Kranke in unbewach-

Digitized by Google

ten Augenblicken erhaschte Nahrungsmittel zu verschlingen bestrebt waren; auch die Fälle von Rippenfractur mit nachfolgender Pleuritis dürfen wir wohl als directe Folge der Paralyse ansehen: der Zusammenhang beider Erkrankungen bleibt gewahrt, auch wenn man die frühere behauptete vermehrte Knochenbrüchigkeit bei den Paralytikern nicht anerkennt.

Die eben genannten, von der Paralyse direct abhängigen Erkrankungen können als Complicationen der Paralyse im engeren Sinne zusammengefasst werden; ihnen stehen die vorher genannten gegenüber, die einen derartigen directen Zusammenhang nicht erkennen lassen, die wir demnach präciser als intercurrente Erkrankungen bezeichnen werden.

Eine gesonderte Stellung, gewissermaassen zwischen den beiden genannten Gruppen, nimmt die Tuberculose ein. Bei der grossen Häufigkeit der Tuberculose überhaupt darf mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass ein Theil der gefundenen Tuberculosetodesfälle auch eingetreten wäre, wenn die betreffenden Individuen nicht paralytisch gewesen wären; für die Mehrzahl der Fälle aber dürfen wir annehmen, dass erst die durch die Paralyse bewirkte Schwächung des Gesammtorganismus die Disposition zur Haftung des tuberculösen Giftes schuf, in einer Reihe von Fällen endlich muss der Aufenthalt in der Anstalt, das unvermeidliche Zusammenleben mit einer Reihe anderer tuberculöser Kranken, wenigstens als die letzte Ursache der tuberculösen Erkrankung angeschuldigt werden, indem er erst dem disponirten Organismus die Gelegenheit zur Aufnahme des infectiösen Keimes bot.

23. Welche practische Bedeutung hat die Scheidung der Complicationen nach ihrer Abhängigkeit von der paralytischen Erkrankung?

Schon die Rücksicht auf nachträglich auftauchende rechtliche Fragen lässt es nöthig erscheinen, für jeden gestorbenen Paralytiker die eigentliche Todesursache präcis festzustellen. Nicht selten wird die Frage gestellt werden, ob ein wegen paralytischer Erkrankung Aufgenommener den Folgen dieser Erkrankung erlegen sei. Die Beantwortung dieser Frage wird namentlich dann von einschneidender Wichtigkeit sein, wenn die Paralyse durch ein Trauma veranlasst war.

Die Fälle, in denen ein rein paralytischer Tod an Erschöpfung

Digitized by Google

oder im Anfall eintrat, werden hier keine weiteren Schwierigkeiten machen. Dagegen kann die Entscheidung schwer sein, wenn die klinische Beobachtung, eventuell die Autopsie neben dem Bilde der Paralyse anderweitige Veränderungen ergab, die als eigentliche Todesursache angeschuldigt werden müssen. Hier wird eben die bezeichnete Scheidung eintreten müssen: starb der Kranke an einer der Affectionen, die wir oben als Complicationen im engeren Sinne zusammengefasst haben, so werden wir berechtigt sein zu sagen, dass er den Folgen seiner paralytischen Erkrankung erlag; starb er an einer der anderen — intercurrenten — Krankheiten, so werden wir im allgemeinen die Paralyse nicht als eigentliche Ursache des Todes bezeichnen dürfen.

Abgesehen von derartigen rechtlichen Fragen wird uns aber die oben angedeutete Scheidung der Complicationen auch über die Erfolge der eigenen ärztlichen Thätigkeit und der Pflege der Kranken Aufschluss geben. Das Auftreten der intercurrenten Krankheiten zu verhüten, wird nur in den seltensten Fällen gelingen, eine Prophylaxe dagegen im einzelnen Falle wird nicht möglich sein, jedenfalls kämen hier allgemein hygienische Maassregeln mehr in Betracht als speciell psychiatrische; dagegen liegt es, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, in unserer Macht, die eigentlichen Complicationen zu verhüten. Eine sorgfältige Hautpflege, eine prophylactische Behandlung jeder kleinsten Excoriation wird das Auftreten schwerer Wundinfectionen verhüten, eine sorgfältige Ueberwachung der Nahrungsaufnahme, zeitige Einleitung und sachgemässe Ausführung der künstlichen Fütterung das Entstehen der Schluckpneumonien verhindern oder wenigstens den Termin ihres Eintrittes hinausschieben; bei genügender Reinhaltung der Mundhöhle wird sich die Zahl der croupösen Pneumonien vermindern; endlich wird es bei genügender Zahl und Instruction des Pflegepersonals gelingen, Suffocationen durch Fremdkörper und so schwere Verletzungen wie die complicirten Rippenfracturen zu verhindern.

Je seltener also derartige Fälle werden, desto besser hat die psychiatrische Behandlung ihre Aufgabe erfüllt, mit desto grösserer Befriedigung können Aerzte und Pflegepersonal auf ihre Thätigkeit zurückblicken.

Den schlimmsten Stand hat der Arzt als solcher gegenüber der häufigsten der Complicationen, der Tuberculose; sie wird wohl

Digitized by Google

nie ganz zu verhüten sein, eine erhebliche Minderung ihrer Häufigkeit wird sich nur erzielen lassen, wenn durch Entlastung der Anstalten der Ueberfüllung gesteuert wird.

24. In welcher Weise beeinflussen die einzelnen tödtlichen Complicationen die Krankheitsdauer; inwieweit wächst die Gefahr derselben mit der Dauer der Krankheit?

Erliegt ein Kranker einer Complication, so wird im allgemeinen der Tod früher eintreten, als es bei complicationslosem Verlaufe der Paralyse geschehen wäre; im einzelnen Falle ist es natürlich nicht immer möglich präcis anzugeben, wie lange der Kranke noch zu leben gehabt hätte, wenn ihn die complicirende Erkrankung nicht getroffen hätte; vergleichen wir dagegen die Mittelzahlen der Krankheitsdauer bei einer grösseren Anzahl von Kranken, die einer Complication erlagen, mit den Mittelzahlen, welche wir für die der Paralyse erlegenen fanden, so werden wir einen Maassstab dafür gewinnen, wie gross im Allgemeinen der schädliche Einfluss der einzelnen Complicationen ist. Dass nicht alle Complicationen die Lebensdauer ersichtlich verkürzen, ergab sich schon aus der Thatsache, dass bei den Weibern die an Complicationen Gestorbenen eine längere Krankheitsdauer aufwiesen, als diejenigen, welche einen rein paralytischen Tod fanden; diese Thatsache liesse sich auf zweierlei Weise erklären: einmal wäre es möglich, dass die somatischen Erkrankungen, welchen die Kranken zuletzt erlagen, auf den Gang der Paralyse retardirend eingewirkt hätten; dann aber, und dafür sprechen unsere Befunde viel mehr, könnte man annehmen, dass mit der zunehmenden Dauer der Krankheit die Wahrscheinlichkeit, der Paralyse als solcher zu erliegen, geringer wird, die Wahrscheinlichkeit, eine complicirende Erkrankung zu acquiriren und daran zu sterben, wächst.

Ehe wir diese Frage beantworten können, erscheint es nöthig, uns Aufschluss darüber zu verschaffen, in welcher Weise wenigstens die häufigst gefundenen Complicationen auf die Krankheitsdauer einwirken.

25. Wie lange währte die Krankheit und der Anstaltsaufenthalt bei den an Wundinfectionen gestorbenen paralytischen Kranken?

Wundinfectionskrankheiten können bei Paralytikern im allgemeinen auf zweierlei Weise zustande kommen; entweder schliessen sie sich an Decubitus an, den der Kranke im Liegen oder bei län-

Digitized by Google

gerem Verharren in einer anderen Stellung acquirirt, oder sie entwickeln sich im Gefolge von kleinen Verletzungen, die sich die Kranken absichtlich, viel häufiger aber unabsichtlich, namentlich in Zeiten heftiger Erregung zufügen; in letzterem Falle sind fast stets Hände und Arme zuerst ergriffen, während die primäre Eingangspforte des infectiösen Giftes, die Verletzung, häufig nicht zu ermitteln ist. Während Infectionen im Anschluss an Decubitus natürlich bei bettlägerigen Kranken der letzten Stadien häufiger vorkommen, betreffen die Fälle von Infectionen durch Verletzungen viel häufiger Kranke in früheren Stadien; die letzteren Fälle waren bei uns weitaus zahlreicher, unter den 34 Fällen von Infectionen waren nur 6 durch Decubitus veranlasst. [Nach ***Mendel***[1]) wären Decubitus und dessen Folgezustände in 10 pCt. aller Fälle die Todesursache.]

Nach dem Gesagten kann es nicht auffallen, dass die Krankheitsdauer bei den an Infectionen Verstorbenen gegenüber dem Mittel (vgl. Tab. I) erheblich verkürzt ist. Sie betrug nur 2 Jahre — Monate 3 Wochen.

Auch hier sei zur Ergänzung angegeben, wie viele Kranke im 1., 2., 3. u. s. w. Jahre der Erkrankung an Wundinfectionen erlagen; zur leichteren Orientirung ist daneben in ( ) angegeben, wie viele Procente aller Gestorbenen auf das betreffende Jahr treffen.

Es starben von 33 Kranken, bei denen die Gesammtdauer der Krankheit ermittelt werden konnte

im	1.	Krankheitsjahre	9 =	27,27 pCt.	(19,35)
-	2.	-	14 =	42,42 -	(23,28)
-	3.	-	2 =	6,06 -	(21,09)
-	4.	-	5 =	15,15 -	(16,62)
-	5.	-	1 =	3,03 -	(8,48)
nach dem	5.	-	2 =	6,06 -	(10,42).

Es war demnach die Mortalität an Infectionen im ersten und zweiten Jahre ganz erheblich grösser, als dem Gange der Gesammtmortalität entsprechen würde; in den späteren Jahren dagegen war die Mortalität an Infectionen viel geringer und namentlich die Kranken mit sehr langer Krankheitsdauer erlagen solchen relativ selten.

Es ist nun von hohem Interesse zu verfolgen, wie sich diese

[1]) l. c. S. 270.

Digitized by Google

Fälle auf die einzelnen Jahre des Anstaltsaufenthaltes vertheilten; dabei seien wieder zum Vergleiche die Zahlen der Gesammtmortalität beigesetzt.

Von 34 Todesfällen an Infectionen erfolgten

im 1. Jahre des Anstaltsaufenthaltes	29 =	85,29 pCt.	(55,74)
- 2. - - -	3 =	8,82 -	(22,25)
- 3. - - -	0 =	0,00 -	(12,44)
- 4. - - -	2 =	5,89 -	(5,50)
- 5. - - -	0 =	0,00 -	(2,39)
nach dem 5. - - -	0 =	0,00 -	(1,68).

Von den 29 im ersten Jahre Verstorbenen erlagen

im 1. Monat des Anstaltsaufenthaltes	7 =	20,59 pCt.	(10,05)
- 2. u. 3. - - -	8 =	23,53 -	(14,11)
- 4. bis 6. - - -	4 =	11,76 -	(14,83)
- 7. bis 12. - - -	10 =	29,41 -	(16,75).

Demnach erfolgten mehr als 85 pCt. aller Infectionen mit tödtlichem Ausgange im ersten Jahre des Anstaltsaufenthaltes, über 44 pCt. sogar während des ersten Vierteljahres; wie weit diese Zahlen das Maass der auf die betreffenden Zeiträume fallenden Sterbefallsquote übersteigen, ist aus den in ( ) beigefügten Zahlen ohne weiteres zu ersehen.

Die grosse Zahl der Todesfälle an Wundinfectionen bald nach der Aufnahme in die Anstalt nöthigt zu dem Schlusse, dass entweder die inficirten Wunden oder eine besondere Disposition zur Haftung des infectiösen Virus von den Kranken schon mit in die Anstalt gebracht werden. Die erstere Annahme trifft nach Ausweis der Krankenjournale nur für einen Theil der Fälle zu; dagegen darf wohl mit Recht angenommen werden, dass der schlechte allgemeine Ernährungszustand, insbesondere der vernachlässigte Zustand der äusseren Haut, in dem ein grosser Theil der Kranken aufgenommen wird, eine Disposition zur Infection schaffen, der gegenüber Pflege und Therapie machtlos sind. Je länger die Kranken die Anstaltspflege genossen, desto geringer wird für sie die Gefahr, einer Wundinfection zu erliegen; im 2. Jahre starben an solchen nur mehr 3 Kranke, noch später — im 4. Jahre — 2 Kranke, davon einer an Pyämie, die sich im Gefolge allgemeiner Furunculose entwickelt hatte, der andere an Septicämie im Anschluss an ein Mal. perfor. pedis.

Digitized by Google

Fassen wir das Gesagte zusammen, so ergiebt sich, dass die Wundinfectionen bei Männern eine ausserordentlich schwere Complication darstellen, welche die Krankheitsdauer ganz erheblich abkürzt, dass aber ein grosser Theil derselben sich wohl vermeiden liesse, wenn die Kranken zeitig genug in die Anstalt gebracht oder wenigstens ausserhalb derselben gehörig verpflegt würden.

Die Zahl der tödtlichen Wundinfectionen bei Weibern ist zu gering, um weitergehende Schlüsse ziehen zu können; die geringe Häufigkeit derselben ist wohl damit im Zusammenhang zu bringen, dass — wie schon früher (sub 19) erwähnt — die Weiber früher in die Anstalt gelangen als die Männer; es wäre dies also ein positiver Beweis für die Richtigkeit unserer Behauptung, dass ein Theil der Wundinfectionen ausbleiben würde, wenn die Kranken zeitig genug in die Anstalt verbracht würden.

26. Wie gross war die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den an gangränösen Pneumonien verstorbenen paralytischen Kranken?

Während die eben besprochenen Wundinfectionskrankheiten nach der klinischen Beobachtung und nach dem Ergebniss unserer Statistik einen sehr deletären Charakter zeigen und häufig einen vorzeitigen Tod herbeiführen, zeigt die Lungengangrän fast den Charakter einer terminalen Erscheinung; dass Kranke, bei denen noch begründete Hoffnung auf längere Erhaltung bestanden hätte, plötzlich einer Schluckpneumonie erlagen, gehört innerhalb der Anstalt zu den seltensten Ausnahmen; fast ausnahmslos erlagen an solchen sehr decrepide Kranke, die ohnehin dem Tode nahe waren; in einer Reihe von Fällen, wo die sorgfältigste makroskopische und mikroskopische Untersuchung keine Spuren aspirirter Speisetheile in den Lungen ergab, muss angenommen werden, dass einfach zersetzte Mundsecrete die Ursache der Lungengangrän waren. Diese relative Gutartigkeit der gangränösen Pneumonien drückt sich auch darin aus, dass die 29 männlichen Kranken, die derselben erlagen, eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 3 Jahren 2 Monaten — Wochen aufwiesen. Diese Zahl liegt erheblich über dem Durchschnitt aller Fälle, sie ist sogar grösser als die Zeit, welche wir als durchschnittliche Dauer für die an Erschöpfung Gestorbenen fanden. In den beiden ersten Krankheitsjahren ereigneten sich von diesen 29 Fällen je 4, dagegen 5 im 6. Krankheitsjahre und einer im 11.

Digitized by Google

Aehnliche Verhältnisse ergaben sich bei den Weibern.

Die Dauer des Anstaltsaufenthaltes übte nach unserem Materiale keinen Einfluss auf das Zustandekommen dieser Complication aus.

Unsere Zahlen lehren, dass es zwar nicht gelang, gangränöse Pneumonien ganz zu verhüten, dass ihnen aber ihr deletärer Charakter insofern genommen wurde, als sie bei einigermaassen rüstigen Kranken nicht mehr vorkamen und zu einer Complication der letzten Stadien wurden. Gelänge es, in der früher besprochenen Weise, auch die Fälle auszuschliessen, so könnte natürlich auch ein Theil dieser Kranken noch kurze Zeit am Leben erhalten werden.

27. Wie gross war die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den an Herzkrankheiten verstorbenen paralytischen Kranken?

An die Thätigkeit des Herzmuskels werden im Laufe der paralytischen Erkrankung zweifellos besonders häufig erhöhte Ansprüche gestellt. Einmal ist dies der Fall während der Perioden grösserer motorischer Erregung, wenn Kranke Tag und Nacht nicht zur Ruhe kommen, dann aber auch während des Status paralyticus, wenn alle Hilfsmomente, die sonst die Circulation unterstützen, wegfallen; es ist also nicht zu verwundern, dass ein bestehendes Herzleiden die Prognose der Paralyse erheblich trübt.

Thatsächlich betrug die mittlere Krankheitsdauer bei den 24 männlichen Paralytikern, die an Herzleiden verstarben, und bei denen die Gesammtdauer zu ermitteln war, nur 2 Jahre — Monate 1 Woche, demnach noch weniger als bei den an Wundinfectionen Erlegenen. Von den 24 Kranken starben noch im ersten Jahre der paralytischen Erkrankung 9 = 37,50 pCt., während von der Gesammtzahl aller Kranken während dieses Zeitraumes, wie früher erwähnt, nur 19,35 pCt. erlagen. Auffallend erschien es, dass auch bei dieser Gruppe von Kranken eine ganz besonders grosse Anzahl während des ersten Jahres des Anstaltsaufenthaltes erlag; von den sämmtlichen 26 Kranken starben nämlich innerhalb dieser Zeit 19 = 73,08 pCt. gegen 55,74 pCt. der Gesammtmortalität, die auf diesen Zeitraum treffen. Diese Thatsache hat rein äussere Gründe; die zunehmenden Beschwerden von Seiten des Herzens veranlassen die Zuziehung eines Arztes oder die Verbringung der Kranken in das Krankenhaus; wird dort ausser der somatischen Erkrankung auch die Psychose erkannt, so wird der Kranke als ungeeignet für

Digitized by Google

die Krankenhausbehandlung der Irrenanstalt überwiesen. Wesentliche Erfolge, wenn einmal bei einem Paralytiker ein Herzleiden besteht, dürften von der Therapie weder in noch ausserhalb der Anstalt zu erwarten sein. Bei der Stellung der Prognose und eventuell bei einer epicritischen Würdigung des Falles dürfen wir also daran festhalten, dass eine klinisch nachweisbare Anomalie des Herzens bei einem Paralytiker als signum mali omninis zu betrachten ist; auch hier finden sich natürlich Ausnahmen von der Regel: Unter den an Herzkrankheiten verstorbenen Paralytikern fanden sich auch mehrere mit sehr langer, nämlich je einer mit 5, 6 und 7jähriger Krankheitsdauer. Auffallender Weise wiesen auch die wenigen Weiber, die an Herzkrankheiten verstarben, eine ziemlich beträchtliche Krankheitsdauer auf; doch gestattet die geringe Zahl der weiblichen Fälle keine weiteren Schlüsse.

28. Wie gross war die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den an croupösen Pneumonien verstorbenen paralytischen Kranken?

Es ist eine ziemlich auffällige Erscheinung, die ich aber aus den Krankenberichten vielfach constatiren konnte, dass Paralytiker, wenn nur die allgemeine Schwäche noch nicht zu weit vorgeschritten ist, Pneumonien relativ leicht überstehen. In den Krankenberichten sind croupöse Pneumonien mit günstigem Verlaufe vielfach erwähnt; auch unter unseren 22 an croupöser Pneumonie verstorbenen Kranken befanden sich zwei, die schon früher, innerhalb der Anstalt, solche überstanden hatten und erst späteren Wiederholungen erlagen. In Uebereinstimmung mit diesen Beobachtungen ergab sich als mittlere Krankheitsdauer bei 20 männlichen paralytischen Kranken, die an croupöser Pneumonie erlagen, 3 Jahre — Mon. 2 Wochen, demnach noch etwas mehr als bei den an Erschöpfung Gestorbenen; die Vertheilung dieser Fälle auf die einzelnen Jahre entspricht fast genau der Vertheilung aller Todesfälle; wir dürfen also annehmen, dass Paralytiker croupösen Pneumonien in demselben Maasse zu erliegen geneigt sind, als sie auch ohne dieselben infolge fortschreitender Erschöpfung gefährdet sind, eine Feststellung, die auch für practische Fragen von Werth sein dürfte; dass besonders schwere Pneumonien, etwa mit Infiltration mehrerer Lappen auch den noch rüstigen Paralytiker ebenso wie den Geistesgesunden schwer gefährden, bedarf kaum besonderer Erwähnung.

Auffälliger Weise wirkten die croupösen Pneumonien bei

Digitized by Google

Weibern viel deletärer als bei Männern; 7 an croupöser Pneumonie erlegene paralytische Weiber wiesen im Durchschnitt eine Krankheitsdauer von 2 Jahren 2 Monaten 2 Wochen auf. Ob hier zufällige Verhältnisse wirksam sind — besonders schwere Pneumonien, Complication mit ungenügender Herzthätigkeit — oder ob Unterschiede allgemeiner Art diese Differenz bedingen, könnte natürlich nur an der Hand eines viel grösseren Materiales entschieden werden.

29. Wie gross war die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den sämmtlichen an anderen, vorher nicht namentlich aufgeführten Complicationen verstorbenen paralytischen Kranken?

Ich habe im Vorstehenden versucht, die Beziehungen, die in ätiologischer und zeitlicher Hinsicht zwischen der paralytischen Erkrankung uud deren häufigsten Complicationen bestehen, darzustellen; derartige gesetzmässige Beziehungen lassen sich natürlich nicht mehr finden, wo es sich um ein ganz vereinzeltes Vorkommen bestimmter Erkrankungen handelt; für die Mehrzahl der rein intercurrenten Erkrankungen würde man im Uebrigen auch bei einem viel grösseren Material vergeblich nach solchen Beziehungen suchen. Eine Thatsache ergiebt sich aber auch aus unseren Fällen, dass nämlich diese complicirenden Erkrankungen im Allgemeinen dem Leben des Paralytikers viel früher ein Ende setzen, als dies bei complicationslosem Verlaufe der Fall gewesen wäre.

Die 30 Kranken, welche an einer der seltener aufgetretenen *Complicationen* starben und bei denen die Gesammtkrankheitsdauer zu ermitteln war, hatten nämlich nur eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 1 Jahr 11 Monate 1 Woche.

Diese Feststellung erscheint für praktische Fragen nicht unwichtig. Handelt es sich nämlich um die Beantwortung der Frage, wie lange ein Paralytiker, der an einer Complication starb, noch zu leben gehabt hätte, so ist es sicher von Werth, aus objectiven statistischen Ziffern den Nachweis liefern zu können, welch deletären Einfluss die complicirenden Erkrankungen üben; die Verkürzung betrug — für die zuletzt betrachtete Gruppe von Krankheiten — fast ein Drittel der Gesammtdauer.

Dass daneben stets auch die besonderen Verhältnisse des einzelnen Falles, die Schwere der complicirenden Erkrankung einerseits, die von der Paralyse bereits gesetzten Veränderungen andererseits, Berücksichtigung verlangen, ist selbstverständlich.

Digitized by Google

30. Wie gross war die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den an Tuberculose verstorbenen paralytischen Kranken?

Die Tuberculosesterblichkeit der Paralytiker nimmt unser besonderes Interesse in Anspruch, einmal wegen der grossen Häufigkeit der Tuberculosetodesfälle (17,94 pCt. bei Männern, 19,81 pCt. bei Weibern, vgl. sub 21), dann wegen des Einflusses, den in dieser Beziehung der Aufenthalt in Anstalten, namentlich in überfüllten Anstalten übt. Es sei deshalb die Tuberculosesterblichkeit im Folgenden etwas eingehender behandelt, als dies bei den bisher besprochenen Krankheiten der Fall war.

Die gesammte Krankheitsdauer konnte bei 70 Männern und 18 Weibern, die an Tuberculose verstorben waren, ermittelt werden; sie betrug im Durchschnitt bei den Männern 2 Jahre 6 Monate — Woche, bei den Weibern 3 Jahre 6 Monate — Woche.

Die Zahl für die Männer liegt erheblich unter dem Mittel aller männlichen, die Zahl für die Weiber sehr erheblich über dem Mittel aller weiblichen Fälle; der Tod trat bei den an Tuberculose verstorbenen Männern im Durchschnitt um 1 Jahr früher ein als bei den an Tuberculose gestorbenen Weibern. Aus der durchschnittlich längeren Dauer der Paralyse bei Weibern allein lässt sich diese Differenz nicht erklären; denn wir fanden (sub 7), dass die Paralyse im Durchschnitt aller Fälle bei Weibern nur um $3^1/_2$ Monate länger dauert als bei Männern. Die Differenz muss also durch das verschiedene Verhalten der Tuberculose bei Männern und Weibern erklärt werden: entweder verläuft die Tuberculose bei Weibern langsamer als bei Männern, dafür sind aber weder bei unserem Material noch anderwärts Anhaltspunkte zu gewinnen, oder die tuberculöse Infection erfolgt bei den weiblichen Paralytikern später als bei den männlichen; das letztere scheint mir aus verschiedenen später zu würdigenden Ursachen wahrscheinlicher, wenn auch aus dem vorliegenden Material der strikte Beweis dafür nicht zu erbringen ist.

31. Wie viele von allen Todesfällen an Tuberculose erfolgten im 1., 2., 3. u. s. w. Jahre der paralytischen Erkrankung?

Es wurde bereits früher (sub 12) darauf hingewiesen, dass den Mittelzahlen nur ein beschränkter Werth beigemessen werden darf, dass also eine wenn auch nur summarische Kenntniss der Einzelwerthe, aus denen sie sich zusammensetzen, nöthig ist. Es

Digitized by Google

wurde deshalb (vgl. Tab. VI) zusammengestellt, in welcher Weise sich die Tuberculosetodesfälle auf die einzelnen Krankheitsjahre vertheilen. Danach ergiebt sich, dass die Mehrzahl der Tuberculosetodesfälle im 2. Krankheitsjahre erfolgt; während desselben starben 20 Männer und 4 Weiber an Tuberculose, d. h. 28,57 pCt. aller an Tuberculose gestorbenen Männer und 22,22 pCt. aller an Tuberculose gestorbenen Weiber; im ersten Jahre war die Sterblichkeit geringer; nach dem 2. Jahre erfolgt ein Abfall, der bei Männern bis in die letzten Krankheitsjahre fortdauert, während bei Weibern nach dem 5. Krankheitsjahre ein neuer Anstieg der Tuberculosesterblichkeit erfolgt.

Diese Zahlen entsprechen, abgesehen von dem letzterwähnten Anstieg ziemlich genau den für die Gesammtsterblichkeit der Paralytiker überhaupt gefundenen; es ist auch von vornherein klar, dass die Zahl der an Tuberculose Gestorbenen, ebenso wie die Zahl der Gestorbenen überhaupt, in erster Linie von der Zahl der vorhandenen Kranken abhängig ist. Es wäre also nothwendig zu wissen, wie viele Kranke vorhanden waren, die im 1., 2., 3. u. s. w. Jahre der paralytischen Krankheit standen, und wie viele dann von diesen an Tuberculose erlagen. Nachdem aber eine derartige Feststellung für einen Zeitraum von 20 Jahren unmöglich ist, muss sich die Untersuchung auf die folgende Feststellung beschränken:

32. Mit wie viel pCt. participirt die Tuberculose an der Gesammtsterblichkeit des 1. 2. 3. u. s. w. Jahres der paralytischen Erkrankung?

Jede Schwächung des Gesammtorganismus schafft eine vermehrte Disposition zu tuberculöser Erkrankung; es wäre also nicht zu verwundern, wenn mit der zunehmenden Dauer der paralytischen Erkrankung die Häufigkeit der Tuberculose immer grösser würde, wenn also die Tuberculose an der Sterblichkeit der späteren Krankheitsjahre einen grösseren Antheil hätte, als an der der früheren. Für die Männer liess sich aber ein derartiges Verhalten nicht constatiren (vgl. Tab. VII). Die Tuberculose trägt am meisten zur Gesammtsterblichkeit im 2. Krankheitsjahre bei, nämlich 20,83 pCt.; in den späteren Jahren der Krankheit wird ihr Antheil, entgegen der obigen Annahme, immer geringer; die Schwankungen sind im Ganzen nicht sehr bedeutend; jedenfalls dürfen wir aber daran festhalten, dass bei den Männern eine ver-

Digitized by Google

mehrte Gefahr, an Tuberculose zu sterben, nach längerer Dauer der paralytischen Erkrankung nicht besteht; beiläufig sei bemerkt, dass sich auch beginnende Tuberculose bei den nach längerer Krankheitsdauer verstorbenen Paralytikern nicht auffallend häufiger fand, als bei solchen, die nach kurzer Dauer der Paralyse gestorben waren.

Bei den paralytischen Weibern, wo überhaupt die Tuberculose etwas häufiger als bei den Männern zum Tode führte, ergab sich ein noch stärkeres Maximum der Tuberculosesterblichkeit im 2. Krankheitsjahre; die Tuberculose verursacht hier 28,57 pCt. aller Todesfälle; in den folgenden Jahren bis zum 5. wird der Antheil immer geringer, er beträgt im 5. Jahre nur mehr 11,11 pCt.; von den 11 Kranken dagegen, die länger als 5 Jahre krank waren, starben 4 oder 36,36 pCt. an Tuberculose; dabei erscheint es von besonderem Interesse, dass die beiden Fälle, welche die längste Krankheitsdauer aufwiesen (11 resp. 12 Jahre), zuletzt an Tuberculose verstarben. Trotzdem glaube ich, berechtigen diese Zahlen nicht zu dem Schlusse, dass die Gefahr, an Tuberculose zu erliegen, mit der zunehmenden Dauer der paralytischen Erkrankung wachse; die Beurtheilung dieser Verhältnisse wird überdies noch dadurch complicirt, dass gerade diese Kranken mit sehr langer Krankheitsdauer auch sehr lange sich in der Anstalt befanden, die eine schon erwähnte Kranke $11^1/_2$ Jahre lang, demnach die Tuberculose bei denselben möglicherweise dem lange dauernden Anstaltsaufenthalte zur Last gelegt werden muss.

Uebrigens erscheint es mir nicht ausgeschlossen, dass die relativ vermehrte Widerstandskraft gegen Tuberculose, welche wir demnach bei den geschwächten Paralytikern in späteren Stadien annehmen müssen, wenigstens zum Theil durch die Schwächung der Herzthätigkeit bedingt sei, die wohl in der Mehrzahl der Fälle nach längerer Dauer der Paralyse eintritt; dass Circulationsstörungen, namentlich Stauung im Bereich des Lungenkreislaufes, dem Ausbruch und der Weiterentwicklung der Tuberculose entgegenwirken, wird wohl allgemein anerkannt; wird ja in jüngster Zeit künstlich erzeugte Stauungshyperämie mit Erfolg als directes Heilmittel für locale Tuberculose verwandt.

33. Wie lange währte im Durchschnitt der Anstaltsaufenthalt bei den an Tuberculose gestorbenen paralytischen Kranken?

Digitized by Google

Je länger sich ein Kranker in einer Localität aufhält, in der er Gelegenheit zu tuberculöser Infection hat, — und als solche Localität müssen Irrenanstalten und namentlich die Paralytikerstationen derselben leider bezeichnet werden — desto grösser wird natürlich die Wahrscheinlichkeit, dass er thatsächlich inficirt wird. Je länger demnach eine bestimmte Kategorie von Kranken durchschnittlich im Verbande der Anstalt lebt, desto grösser wird die Zahl derer werden, die der Tuberculose zum Opfer fällt. Thatsächlich finden wir, dass diejenigen unserer Paralytiker, welche zuletzt an Tuberculose starben, durchschnittlich länger in der Anstalt waren, als die übrigen Kranken.

Der Anstaltsaufenthalt betrug nämlich bei den 75 männlichen Paralytikern, die an Tuberculose starben, 1 Jahr 5 Monate 1 Woche, bei den 21 an Tuberculose verstorbenen weiblichen Paralytikern 2 Jahre 3 Monate 3 Wochen.

Die erstere Zahl übersteigt das Mittel für die Männer (vgl. Tab. I) um 2 Monate 1 Woche, die letztere das Mittel für die Weiber um 7 Monate 3 Wochen. Der Schluss liegt also nahe, dass der verlängerte Anstaltsaufenthalt bei diesen Kranken wenigstens eine Hilfsursache für die tuberculöse Erkrankung war; die längere Dauer des Anstaltsaufenthaltes bei den weiblichen Paralytikern liesse es auch erklärlich erscheinen, dass bei diesen die Tuberculose eine relativ grössere Häufigkeit aufweist. Doch werden die folgenden Untersuchungen ergeben, dass dieser Schluss nur mit grosser Vorsicht gestattet ist.

34. Wie viele von allen an Tuberculose gestorbenen paralytischen Kranken starben im 1., 2., 3. u. s. w. Jahre des Anstaltsaufenthaltes?

Zur Gestaltung der eben angeführten Mittelwerthe tragen einzelne sehr grosse Zahlen sehr wesentlich bei; ein sicheres Urtheil darüber, wie weit der Aufenthalt in der Anstalt zum Zustandekommen der tuberculösen Infectionen beiträgt, lässt sich demnach nur gewinnen, wenn wir die Tuberculosesterblichkeit während der einzelnen Perioden des Anstaltsaufenthaltes kennen. Es ergiebt sich nun die überraschende Thatsache (vgl. Tab. VIII), dass von den 75 Tuberculosetodesfällen bei Männern 4 während des ersten Monates des Anstaltsaufenthaltes, 9 weitere während der beiden folgenden Monate erfolgten, so dass also über 17 pCt. aller Fälle

Digitized by Google

während des kurzen Zeitraumes von 3 Monaten erfolgten. Weitere 24 Fälle ereigneten sich während des Restes des ersten Jahres, so dass also während des ganzen ersten Jahres 37 Fälle oder 49,33 pCt. aller Tuberculosetodesfälle erfolgten. Von diesen 37 Kranken kam sicher schon ein erheblicher Theil tuberculös inficirt in die Anstalt; aus dem Aufnahmestatus ist dies leider nur in der Minderzahl der Fälle zu ersehen; aber selbst angenommen, dass die Tuberculose in der Mehrzahl der Fälle bei Paralytikern rascher verlaufe als anderwärts — dafür sprechen einzelne genauere Schilderungen des Verlaufes in den Journalen, vor allem aber der häufige Befund gerade der schwersten, ulcerirenden Lungentuberculosen ohne jede Neigung zu bindegewebiger Induration und das relativ häufige Vorkommen von acuten miliaren Formen — so kann doch unmöglich bei all' den im ersten Anstaltsjahre verstorbenen Paralytikern die Infection in der Anstalt erfolgt sein; bei aller Disposition, die der Paralytiker mitbringt, wird man ja überdies nicht annehmen dürfen, dass die Infection jedesmal gleich beim Eintritt in die Anstalt erfolgen müsse.

Die Thatsache, dass ein auffallender Procentsatz der Paralytiker schon tuberculös inficirt in die Anstalt gelangt, wird auch von anderen Autoren betont. ***Mendel***[1]) sah in 5 pCt. seiner Fälle Lungentuberculose der Paralyse vorausgehen; ***Clouston*** will ihr sogar ätiologische Bedeutung für die Entstehung der depressiven Formen der Paralyse zuschreiben. Mir scheint es für unsere Fälle wahrscheinlicher, dass die Paralyse das primäre, die Tuberculose das secundäre war; selbst im Beginn der Paralyse, wo von einem eigentlichen Marasmus, der die Tuberculose begünstigen könnte, noch nicht die Rede ist, mögen sociale Verhältnisse deren Ausbruch gefördert haben. In der Mehrzahl unserer Fälle handelt es sich um Personen, die vom täglichen Ertrage ihrer Arbeit leben; mit dem Beginn der paralytischen Erkrankung sinkt die Arbeitsfähigkeit, der Verdienst mindert sich, Nahrnng und Wohnung werden dem entsprechend ärmlicher, und so kann eine Infection längst erfolgt sein, bevor der Kranke in die Anstalt gelangt.

Auffallenderweise war die Zahl der Weiber, welche im ersten Jahre an Tuberculose zu Grunde gingen, viel geringer als die der

[1]) l. c. S. 245.

Digitized by Google

Männer. Von 21 Tuberculosetodesfällen bei Weibern erfolgten 7 = 33,33 pCt. während dieses Zeitraumes.

In den späteren Jahren sinkt, wie aus der Tabelle ersichtlich, die Zahl der Tuberculosefälle beträchtlich ab; den wesentlichsten Antheil an diesem Sinken hat aber natürlich die Minderung der Zahl der überhaupt vorhandenen Kranken; wirklichen Aufschluss über die relative Häufigkeit der Tuberculose giebt uns erst die folgende Zusammenstellung.

35. Mit wie viel pCt. participirt die Tuberculose an der Gesammtsterblichkeit des 1., 2., 3. u. s. w. Jahres des Anstaltsaufenthaltes?

Wäre der Einfluss des Anstaltsaufenthaltes auf die Tuberculosemortalität thatsächlich ein sehr bedeutender, so müsste der Antheil der Tuberculose an der Gesammtmortalität mit der zunehmenden Dauer des Anstaltsaufenthaltes immer mehr wachsen. Dies war nun bei den Männern keineswegs der Fall (vgl. Tab. IX); das relative Maximum der Tuberculosemortalität fällt in das 3. Jahr des Anstaltsaufenthaltes, wo die Tuberculose 30,77 pCt. aller Todesfälle bedingte; danach erfolgt aber ein Sinken bis auf 4,35 pCt., darauf ein neues Ansteigen: es erscheint mir unmöglich, daraus irgend welche positive Schlüsse zu ziehen.

Bei Weibern ergeben sich für die ersten 3 Jahre ebenso unerklärliche Schwankungen, vom 3. Jahre an aber nimmt die relative Häufigkeit tödtlicher Tuberculosefälle immer mehr zu; möglicherweise ist dies der Ausdruck für die vermehrte Zahl der Anstaltsinfectionen.

Bei der ganzen Betrachtung der Tuberculosesterblichkeit bei Paralytikern darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass hier eine Reihe individueller und localer Momente mitwirkt, die sich nach so langer Zeit nicht mehr erinnern lassen, deren Vernachlässigung aber zu Täuschungen Anlass geben kann, namentlich dann, wenn, wie hier, nur eine beschränkte Anzahl von Fällen, insgesammt 96, der Betrachtung zu Grunde liegt. Eine weitere Complication wird durch den hier nochmals zu betonenden Umstand geschaffen, dass ja die Zahl der an Tuberculose Gestorbenen nicht ohne weiteres als Ausdruck für die Häufigkeit tuberculöser Infectionen betrachtet werden darf: ein Theil der tuberculös inficirten Paralytiker erlag, bevor die tuberculöse Affection weiter-

Digitized by Google

gegriffen hatte, und blieb demnach bei unserer Untersuchung ausser Betracht.

36. Resumé.

Es sei im folgenden versucht, die wichtigsten Ergebnisse unserer Untersuchung, die im Vorstehenden zerstreut sind, übersichtlich zusammenzustellen.

Es ergab sich vor Allem, dass auch innerhalb der Anstalt noch ein sehr beträchtlicher Theil, rund die Hälfte aller paralytischen Kranken nicht der Paralyse als solcher, der Erschöpfung des Centralnervensystems, sondern an Complicationen erliegt. Von diesen Complicationen ist ein Theil unvermeidlich, ein sehr erheblicher Theil derselben muss aber als vermeidbar bezeichnet werden; Bedingung dafür wäre, dass die Kranken nicht nur innerhalb der Anstalt die nöthige Ueberwachung und Pflege finden, sondern auch in den Anfangsstadien ausserhalb der Anstalt gehörig verpflegt und, wo dies unmöglich ist, früher, als es thatsächlich zu geschehen pflegt, in die Anstalt gebracht würden. Gerade die schwersten und deletären Complicationen, die Wundinfectionskrankheiten, sind in erster Linie der verspäteten Aufnahme in die Anstalt zur Last zu legen; deshalb sind sie auch bei Männern, die später in die Anstalt gelangen als die Weiber, häufiger; die Häufigkeit eines vorzeitigen Todes durch Complicationen bedingt es, dass die Krankheit im Durchschnitt bei Männern weniger lang dauert als bei Weibern; berücksichtigt man nur die Fälle mit ganz reinem Verlauf, also nur die an Erschöpfung gestorbenen Kranken, so ergäbe sich sogar ein langsamerer Verlauf bei Männern; angenommen, dass die Verhältnisse in anderen Anstalten den in München gefundenen analog sind, so müsste demnach die bisher allgemein giltige Annahme, dass die Paralyse bei Weibern langsamer verlaufe, als irrig bezeichnet werden; leider konnte ich aus der Literatur darüber keinen Aufschluss gewinnen, indem auf die Todesursachen nicht entsprechend Rücksicht genommen wurde. Verwickelt wird die Frage noch weiter durch den Umstand, dass bisweilen Kranke, deren Paralyse complicationslos verlief, nach langer Dauer noch complicirende Krankheiten acquiriren und ihnen erliegen, die zwar mehr den Charakter agonaler oder mindestens terminaler Erscheinungen tragen, trotzdem aber im Interesse einer vorurtheilslosen Statistik nicht vernachlässigt werden dürfen; dadurch wird natür-

Digitized by Google

lich die durchschnittliche Dauer der reinen Fälle zu kurz, was namentlich bei unseren weiblichen Fällen bis zu einem gewissen Grade zutreffen dürfte.

Für forense Fragen ist es von Bedeutung, diese terminalen Complicationen von anderen zu trennen, die in früheren Stadien aufgetreten, den Paralytiker vorzeitig tödten; anderseits ist es von Wichtigkeit, die Complicationen im engeren Sinne, welche direct von der Paralyse abhängig sind, von den intercurrenten Krankheiten zu trennen, die unabhängig von dieser auftraten.

Tödtliche Anfälle treten nach unseren Erfahrungen in früheren Stadien etwas häufiger auf als Todesfälle an Erschöpfung, doch geht ihre Häufigkeit in den einzelnen Jahren ziemlich parallell der Gesammtmortalität, wenn wir die an Complicationen Gestorbenen mitberücksichtigen.

Praktisch wichtig erscheint die Feststellung, dass bestehende Anomalien des Herzens die Prognose der Paralyse sehr erheblich trüben.

Die hauptsächlichsten Ergebnisse unserer Untersuchung der Tuberculosemortalität lassen sich dahin zusammenfassen, dass die Tuberculose schon in den ersten Stadien der Paralyse sehr häufig auftritt, dass die Wahrscheinlichkeit tuberculöser Infection mit der zunehmenden Dauer der Paralyse eher kleiner als grösser wird, dass endlich die Gefahr von Anstaltsinfectionen weniger gross ist, als a priori zu erwarten wäre.

37. Wird in einzelnen Fällen die Paralyse durch interessante Krankheiten in ihrem Verlauf verzögert?

Von verschiedenen, namentlich italienischen Autoren wurde angegeben, dass intercurrente Krankheiten einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Paralyse üben; namentlich sollten häufig Remissionen im Anschluss an fieberhafte Processe eintreten. Dieser Frage im allgemeinen näher zu treten, liegt ausserhalb des Rahmens unserer Untersuchung, die sich ja nur mit den tödtlichen Complicationen zu beschäftigen hat; hingegen erschien es auch mit Rücksicht auf praktische Fragen nicht uninteressant zu erfahren, ob von denjenigen Complicationen, welche zuletzt den Tod herbeiführten, einzelne die Paralyse in ihrem Verlauf verzögert hatten. Von diesen Complicationen gehört nun, wie aus den früheren Betrachtungen hervorging, ein grosser Theil den acuten Krankheiten

Digitized by Google

an, welche in kurzer Zeit zum Tode führend begreiflicherweise in keiner Weise mehr retardirend auf die psychische Erkrankung wirken können.

Von chronischen Erkrankungen, denen eventuell ein derartiger Einfluss zugeschrieben werden könnte, finden wir in grösserer Anzahl zunächst die Herzkrankheiten bei Männern. Hier lässt sich kein Anhaltspunkt zur Bestätigung der obigen Annahme finden; die Durchschnittsdauer liegt bei diesen Fällen unter dem Mittel, die Zahl der Fälle mit abnorm langer Dauer ist bei denselben zum mindesten nicht grösser als im Durchschnitt. Das gleiche gilt für die Fälle von Tuberculose bei Männern; auch diese Complication verkürzt die mittlere Dauer. Dagegen scheint das Verhalten der Tuberculose bei Weibern Anhaltspunkte für die Bejahung der obigen Frage zu liefern; die durchschnittliche Gesammtdauer der Krankheit bei den an Tuberculose gestorbenen Weibern ist viel grösser als das allgemeine Mittel; leider geben nun die Krankenjournale keinen genügenden Aufschluss, über die hier so wichtige Frage, wie lange die Tuberculose im einzelnen Falle gedauert hat. Es bleiben also zwei Möglichkeiten: entweder die Tuberculose beginnt schon vor resp. bald nach Ausbruch der paralytischen Erkrankung, verläuft langsam und übt dann vielleicht auf den Gang der Paralyse einen retardirenden Einfluss, oder die Tuberculose ergreift die Kranken erst nach langer Dauer der paralytischen Erkrankung, verläuft rasch und ist demnach ohne Beziehung zu der langen Dauer der paralytischen Erkrankung. Verschiedene Gründe sprechen mehr zu Gunsten der zweiten Annahme, vor Allem die schon erwähnte Thatsache, dass die Section fast immer sehr rasch verlaufene Phthisen ergiebt; bei Fällen mit ganz extrem langer Dauer, z. B. dem mehrfach erwähnten mit 12jähriger Dauer, erscheint eine entsprechend lange Dauer der tuberculösen Erkrankung schon a priori unglaubhaft; derartige Fälle wirken aber auf die Gestaltung der Mittelzahlen sehr erheblich ein.

Aus einzelnen Fällen von sehr langsamem Verlauf der Paralyse bei Kranken, die daneben an einer Organerkrankung litten, den Schluss zu ziehen, dass die somatische Erkrankung die Paralyse in ihrem Verlaufe aufgehalten habe, erscheint mir schon deshalb ganz unstatthaft, weil auch ganz „reine“ Fälle unter Umständen sehr lange dauern.

Digitized by Google

Zur präcisen Beantwortung unserer Frage wären also genaue Aufzeichnungen über den Verlauf der complicirenden Erkrankungen, eine Berücksichtigung der nicht als Todesursache zu bezeichnenden Nebenbefunde, vor allem aber der in Heilung ausgegangenen acuten intercurrenten Erkrankungen nöthigt; derartige Untersuchungen liegen, wie erwähnt, ausserhalb des Rahmens unserer Aufgabe.

Hier genüge es daran festzuhalten, dass von denjenigen Erkrankungen, welche zuletzt den Tod herbeiführten, jedenfalls nur ein ganz verschwindender Procentsatz auf den Ablauf der Paralyse *retardirend* einwirkte.

38. Wie vertheilten sich die Erkrankungen an Paralyse auf die einzelnen Altersklassen?

Von allen Beobachtern wird bestätigt, dass die Paralyse vorzugsweise in den Jahren der vollsten körperlichen und geistigen Entwicklung auftritt; bezüglich der genaueren Bezeichnung der hauptsächlich betroffenen Altersklasse schwanken die Angaben; übereinstimmend wird aber von allen Autoren, die überhaupt auf diesen Punkt Rücksicht nehmen, angegeben, dass das vorzugsweise prädisponirte Alter bei Frauen etwas höher liege als bei Männern; dies erhellt auch aus unseren Beobachtungen.

Gewisse Differenzen in den Angaben der einzelnen Beobachter mögen daher stammen, dass die einen das Alter beim Eintritt in die Anstalt, andere [z. B. *Ascher*[1])] das beim Tode, wieder andere das beim Ausbruch der Erkrankung berücksichtigen. Ich suchte, wo dies möglich war, das Alter, in dem die Krankheit begann, aus dem Geburtsdatum resp. aus dem Alter bei der Aufnahme zu bestimmen; nur wo keine Anamnese vorhanden war, musste statt des eigentlichen Alters beim Beginn der Krankheit das beim Eintritt in die Anstalt gesetzt werden; in Anbetracht dessen, dass die Scheidung nach Quinquennien nicht nach einzelnen Jahren stattfand, ist der Fehler, der sich dadurch ergiebt, verschwindend klein.

Das Ergebnis dieser Untersuchung ist nun (vgl. Tab. X), dass von den Männern die meisten im Alter von 36—40 Jahren erkrankten, nämlich 25,12 pCt. aller Kranken unseres Materiales; bei den

[1]) Allg. Ztschr. f. Psych. 1884.

Digitized by Google

Weibern hingegen fällt das Maximum der Erkrankungen (mit 22,01 pCt.) in das Quinquennium vom 41.—45. Jahre; im Alter von 36—40 Jahren erkrankten relativ viel weniger Weiber als Männer, nämlich nur 17,92 pCt.; dafür scheinen Weiber nach dem 50. Jahre noch relativ häufiger unter paralytischen Symptomen zu erkranken als Männer; dass nicht der Paralyse angehörige Formen, die gerade nach dem 50. Jahre leicht zu Verwechslungen führen, mit möglichster Genauigkeit ausgeschieden wurden, wurde schon an anderer Stelle betont.

Auffallend ist die relative Häufigkeit von Paralyse bei Weibern vor dem 25. Jahre; unter 106 weiblichen Fällen fanden sich 4 derart, während unter 418 Männern nur einer, gerade im 25. Jahre erkrankte. Der jüngste Fall, der überhaupt zur Beobachtung kam, betraf ein Mädchen, das mit 20 Jahren blöd und motorisch unbeholfen in die Anstalt aufgenommen wurde. Nach den anamnestischen Angaben war sie seit dem 16. Lebensjahre ohne erweisliche Ursache zunehmend blöder geworden. In der Anstalt nahm die Verblödung zu, die motorischen Störungen wurden charakteristisch, so dass die Diagnose auf Dementia paralytica gestellt wurde; während des 10monatlichen Anstaltsaufenthaltes traten 2mal paralytische Anfälle auf; die Kranke starb an Erschöpfung. Die Section ergab: Gehirnatrophie, Ependymgranulationen, pachymeningitische Auflagerungen, und Sehnervenatrophie, keine Herderkrankungen.

Die beiden ältesten Kranken, bei denen nach Verlauf der Krankheit und Sectionsresultat noch die Diagnose der Paralyse gestellt werden konnte, standen im 67. Lebensjahre; beide erlagen Herzkrankheiten, der eine männlich, nach 5monatlicher, der andere — weiblich, nach mehr als 3jähriger Dauer der Paralyse.

39. Wie gross war die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den verschiedenen Altersklassen?

Unter den Momenten, welche zur Erklärung des verschiedenartigen Krankheitsverlaufes in den einzelnen Fällen von Paralyse herangezogen zu werden pflegen, steht stets das Alter der Kranken obenan; die allgemeine Annahme geht dahin, dass die Prognose um so schlechter sei, je jünger das befallene Individuum ist. Aus dem Vorstehenden ergab sich nun, dass zahlreiche Kranke in Folge von Complicationen erliegen, so dass also die gewonne-

Digitized by Google

nen Resultate weniger werthvoll werden. Es erschien also nothwendig, den Einfluss des Alters auf den Krankheitsverlauf mit alleiniger Berücksichtigung derjenigen Kranken zu studiren, welche der Paralyse als solcher — an Erschöpfung oder im Anfall — erlagen. Aus den schon oben (sub 36) erörterten Gründen, mögen sich die Zahlen dabei etwas zu klein gestalten; da aber die Differenz sicher nicht bedeutend ist und alle Gruppen in gleicher Weise trifft, hielt ich es nicht für erlaubt, eine immerhin recht willkürliche Verschiebung der Fälle vorzunehmen.

Unsere Betrachtung (vgl. Tab. XI) ergab nun keineswegs eine Bestätigung der allgemein giltigen Anschauung.

Auffallend ist vor allem die abnorm lange Dauer der Krankheit gerade bei den jüngsten Paralytikern, die bei Männern und Weibern zu einer später nicht mehr erreichten Höhe ansteigt. Immerhin mögen hier wieder Zufälligkeiten mitwirken: nur von den männlichen Paralysen zwischen dem 26. und 30. Lebensjahre konnten neun, sonst stets nur vereinzelte Fälle benutzt werden; lassen wir also diese Altersklasse ausser Betracht und berücksichtigen nur diejenigen, in denen die Paralyse häufiger zu werden beginnt, so finden wir zwar bei den Männern ein Minimum für die Gruppe der im 31.—35. Lebensjahre Erkrankten mit nur 2 Jahren 3 Monaten 2 Wochen Durchschnittsdauer; für die späteren Altersgruppen jedoch ergiebt sich kein regelmässiges Ansteigen von Quinquennium zu Quinquennium, sondern nur ein geringes Auf- und Abschwanken um die Mittelwerthe; diese Schwankungen sind zu gering, um zu irgend welchen Schlüssen zu berechtigen.

Noch weniger Regelmässigkeit zeigt sich bei den Weibern; auch hier zeigen die zwischen dem 31. und 35. Jahre Erkrankten eine sehr kurze Krankheitsdauer von nur 2 Jahren — Monaten 3 Wochen; das nächste Quinquennium zeigt ein Ansteigen über das Mittel, aber das darauf folgende wieder ein Sinken bis auf 1 Jahr 6 Monate 2 Wochen; bei diesen Schwankungen sind wohl Zufälligkeiten nicht ausgeschlossen; auch die Betrachtung des Anstaltsaufenthaltes ergab kein Resultat, das mit der allgemein giltigen Anschauung übereinstimmen würde.

Gegenüber einer Reihe von sichergestellten Beobachtungen musste unser Befund in hohem Grade überraschend sein, und es lag nahe, dafür besondere Gründe zu suchen; als solchen möchte

Digitized by Google

ich einmal die Thatsache anführen, dass auf Grund des Sectionsbefundes aus unserem Material eine Reihe von Fällen ausgeschieden wurden, die zwar klinisch das Bild der progressiven Paralyse darboten, anatomisch aber als alte Apoplexien zu bezeichnen waren; derartige Fehldiagnosen kommen, wie auch ***Mendel***[1]) betont, sicher öfter vor, und da sie meist ältere Kranke betreffen, führen sie zu einer Verschiebung der Resultate.

Weiter kommt in Betracht, dass gerade von älteren Paralytikern nach Schwinden der ersten stürmischen Symptome, eine Reihe wieder in den Familienkreis zurückgenommen wird, und damit für unsere Statistik ausscheidet.

Endlich wäre es möglich, dass die Mittelzahlen durch einzelne extreme Werthe beeinträchtigt wären, was im Folgenden zu untersuchen ist.

40. Wie viele Kranke einer bestimmten Altersklasse starben im 1., 2., 3. u. s. w. Jahre der paralytischen Erkrankung?

Nachdem wir oben gefunden, dass die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den älteren Paralytikern nicht erheblich grösser ist als bei den jüngeren, wäre es immerhin noch möglich, dass von den älteren eine besonders grosse Anzahl einen sehr langsamen Verlauf der Krankheit zeigte, während von den jüngeren eine sehr grosse Anzahl nach kurzer Zeit erlegen wäre, ohne dass dies in den Mittelwerthen zum Ausdruck gekommen wäre; es wurde also zur Ergänzung des Vorstehenden eine Zusammenstellung vorgenommen, aus der dies zu ersehen wäre; da die Zahl der weiblichen Fälle zu gering ist, um noch verwerthbare Resultate in dieser Richtung zu ergeben, musste sich die Untersuchung auf die Männer beschränken. Dabei ergab sich nun (vgl. Tab. XII), dass sich die Fälle mit kurzer und langer Dauer nicht ganz gleichmässig auf die einzelnen Altersklassen vertheilen, was ja bei den relativ kleinen Zahlen, die sich zuletzt ergaben, auch kaum zu erwarten ist; dagegen ergiebt sich auch keine gesetzmässige Verschiedenheit etwa in der oben angedeuteten Richtung.

Wir müssen demnach aus unserem Materiale den Schluss ziehen, dass zwischen Krankheitsdauer und Alter des Erkrankten keine gesetzmässige Beziehung besteht.

---

[1]) l. c. S. 271.

Digitized by Google

41. Ist die Gefahr tödtlicher Complicationen in einer bestimmten Altersklasse besonders gross?

Wenn auch, wie aus dem Vorgehenden ersichtlich, die Paralyse als solche bei jüngeren Individuen nicht rascher verläuft als bei älteren, so wäre immerhin die Möglichkeit vorhanden, dass die jüngeren Paralytiker durch Complicationen besonders gefährdet wären; daraus liesse sich dann die sonst gefundene ungünstige Prognose der Paralyse bei jüngeren Individuen erklären. Unsere Zusammenstellung (vgl. Tab. XIII) ergiebt aber keine Anhaltspunkte für diese Annahme. Bei Kranken, die vor dem 30. Lebensjahre paralytisch wurden und bei solchen, die zwischen dem 41. und 45. Jahre erkrankten, waren Complicationen etwas häufiger, bei sehr alten etwas seltener, aber eine gesetzmässige Differenz war nicht zu constatiren.

Ebenso wenig fanden sich Anstaltspunkte dafür, dass etwa für die jüngeren Paralytiker mehr Wahrscheinlichkeit bestünde an einer der Complicationen zu erliegen, die wir oben als besonders deletär bezeichnen mussten: Infectionen, Herzanomalien und Tuberculose; von diesen kommen (vgl. Tab. XIV) Infectionen bei jungen und alten Paralytikern ungefähr gleich häufig vor, Herzkrankheiten scheinen bei älteren Paralytikern etwas häufiger zu sein, Tuberculose dagegen kommt bei Paralytikern vor dem 40. Lebensjahre etwas häufiger vor als später; die Differenzen sind aber so gering, dass daraus keine irgendwie erhebliche Verschlimmerung der Prognose für die jüngeren Paralytiker resultirt.

Demnach dürfen wir behaupten, dass auch Complicationen die jüngeren Paralytiker nicht mehr gefährden als die älteren.

42. Sind tödtliche Anfälle in irgend einer Altersklasse besonders häufig?

Aus früher (sub 9) Gesagtem ergab sich, dass der Tod im Anfall durchschnittlich früher erfolgt als der Tod an Erschöpfung; es bestände also die Möglichkeit, dass jüngere Paralytiker besonders häufig einem Anfall erlägen und so ein vorzeitiges Ende fänden. Vergleichen wir (vgl. Tab. XV) die Zahl der im Anfall erlegenen mit der Zahl aller überhaupt gestorbenen Paralytiker der gleichen Altersstufe, so ergiebt sich, dass die Anfälle von den Kranken der verschiedenen Altersklassen fast den gleichen Procentsatz tödteten;

Digitized by Google

die geringen Schwankungen, die sich ergaben, dürfen als Zufallsprodukte betrachtet werden.

Lassen wir dagegen wie früher die an Complicationen Gestorbenen ausser Betracht, so werden die Verhältnisse etwas andere; es ergiebt sich dann, dass von den rein paralytischen Todesfällen bei Kranken zwischen dem 36. und 40. Lebensjahre 40 pCt., bei Kranken zwischen dem 41. und 45. Lebensjahre dagegen 57,50 pCt. Folge von Anfällen waren. Demnach wäre die letztere Altersklasse besonders durch Anfälle gefährdet.

Für die übrigen Altersklassen ergeben sich geringere Schwankungen; jedenfalls geht aber auch aus dieser Untersuchung hervor, dass die jüngeren Paralytiker nicht mehr gefährdet sind als ältere.

Weitere Untersuchungen werden darüber Aufschluss zu geben haben, ob der bisher angenommene Zusammenhang zwischen Alter des Kranken und Dauer der paralytischen Erkrankung thatsächlich nicht besteht oder nur bei unserem Materiale nicht zum Ausdruck kam. Es darf hier vielleicht darauf hingewiesen werden, dass auch *Ascher* in der schon erwähnten Untersuchung keine regelmässige Zunahme der Krankheitsdauer von Quinquennium zu Quinquennium und auch innerhalb weiterer Zeiträume nur wenig erhebliche Unterschiede fand.

43. Welche ätiologische Momente für die Paralyse liessen sich ermitteln?

Wenn es auch nicht gelingt, in jedem einzelnen Falle eine sichere Ursache für den Ausbruch der paralytischen Erkrankung zu finden, so haben doch zahlreiche, namentlich statistische Untersuchungen eine Reihe von Momenten ergeben, die bei Paralytikern besonders häufig vorkommen, so dass sie wenigstens in beschränktem Maasse als die Ursache der Erkrankung angesehen werden dürfen. Dabei scheint die Paralyse nur selten durch eine Ursache allein bedingt zu sein; diese Thatsache wird auch durch unser Material bestätigt. Fast überall, wo überhaupt ätiologische Momente zu eruiren waren, resp. in den Krankenjournalen angegeben sind, findet sich deren eine grössere Anzahl; auch in den Fällen, wo nur ein, vielleicht zufällig bekannt gewordenes Moment angegeben ist, bleibt es natürlich nicht ausgeschlossen, dass auch andere Momente mitwirkten, die sich aber bei den Schwierigkeiten, die

Digitized by Google

die Erhebung der Anamnese bietet, der ärztlichen Kenntniss entzogen; auch lassen die Krankengeschichten leider in der Mehrzahl der Fälle nicht ersehen, ob gewisse Momente z. B. Lues nur nicht constatirt oder nach Erhebung einer genauen Anamnese mit einiger Sicherheit ausgeschlossen werden konnten.

Deshalb lässt auch ein Vergleich der positiven und negativen Befunde keinerlei Schluss auf die gesetzmässige Häufigkeit gewisser ätiologischer Factoren zu. Am meisten gilt dies bezüglich vorausgegangener luetischer Infection; abgesehen von den eigenthümlichen Schwierigkeiten, die sich der anamnestischen Erhebung in dieser Richtung überhaupt entgegenstellen, stammt ein Theil unserer Fälle aus einer Zeit, wo die Bedeutung vorausgegangener Lues für die Aetiologie der Paralyse noch nicht in gleicher Weise wie heute gewürdigt wurde; aus dieser Zeit finden sich Angaben über Lues fast nur in Fällen, wo sich noch deutliche Residuen derselben bei der Aufnahme nachweisen liessen, oder die Infection zufällig von den Angehörigen angegeben wurde. Es ist demnach nicht zu verwundern, dass Lues nur bei 68 von 418 Männern, d. h. bei 16,26 pCt. aller Männer verzeichnet ist; andererseits darf aber die Thatsache nicht unterschätzt werden, dass in diesen relativ wenigen Fällen der Nachweis der luetischen Infection sicher erbracht ist; auch aus den späteren Jahren, wo luetische Antecedentien mit grösserer Sorgfalt gesucht wurden, sind nur diejenigen Fälle hier mitgerechnet, bei denen die Infection sicher erwiesen ist, so dass also die betreffenden Fälle höheren Werth erhalten.

Von den 106 Weibern ist luetische Infection nur bei 7 angegeben; der Grund dafür ist jedenfalls die grössere Mangelhaftigkeit der Anamnesen bei denselben, dieselbe hat sich schon im Vorstehenden in dem häufigen Fehlen der Zahlen für die Gesammtdauer der Krankheit bei den Weibern ausgedrückt; mit Rücksicht darauf und auf den Umstand, dass die wenigen Fälle, die sich in jeder Gruppe ergeben würden, für eine statistische Würdigung doch nicht geeignet sind, seien im Folgenden nur mehr die Verhältnisse bei Männern berücksichtigt.

Die genauesten Angaben sind, namentlich auch in den von auswärts eingesandten Gutachten über die hereditären Verhältnisse vorhanden. Hereditäre Belastung liess sich in 127 von 418 Fällen, d. h. in 30,37 pCt. nachweisen: dabei sind für den Begriff

Digitized by Google

der Heredität die für die gebräuchlichen Zählkarten gültigen Principien zu Grunde gelegt; nur die Fälle, in denen „Potatorium“ bei einem Familienmitgliede angegeben war, konnten nicht anstandslos alle mit eingerechnet werden; denn die Häufigkeit dieser Fälle allein bewies schon, dass hier die Grenze bisweilen zu weit gezogen war; es wurden also von diesen Fällen nur diejenigen gezählt, bei denen für das bestehende Potatorium auch Beweise angeführt waren.

Potatorium der Erkrankten selbst fand sich bei 89 von 418 = 21,29 aller Kranken, trotzdem auch hier Vorsicht in der Beurtheilung geübt und namentlich die Fälle nicht mitgezählt wurden, in denen das Potatorium erst seit kurzer Zeit bestanden haben sollte, also möglicherweise schon Symptom der Paralyse war. Auffällig häufig fand sich bei diesen 89 Fällen Schnapsgenuss verzeichnet; abgesehen von der verderblichen Wirkung der concentrirteren Alcoholica dient dies auch als Beweis für den Grad des Potatoriums; denn bei unserer im allgemeinen Bier consumirenden Bevölkerung beginnt der gewohnheitsmässige Schnapsgenuss erst dann, wenn das Alkoholbedürfniss mit Bier nicht mehr gedeckt werden kann, oder die durch den Trunk verschlechterte materielle Lage den Genuss dieses verhältnissmässig kostspieligen Reizmittels nicht mehr gestattet.

Als weitere ätiologische Momente fanden sich in 51 Fällen = 12,20 pCt. Kopfverletzungen oder schwere allgemeine Erschütterungen angegeben, die zum Theil direct vor dem Ausbruch der Krankheit erfolgt, zum Theil aber schon vor längerer Zeit, mehrmals sogar schon in der Kindheit, geschehen waren; dabei wurden all' die Verletzungen, welche nachweislich Folge der Krankheit waren, ausgeschieden; immerhin konnte die Frage, wie weit zwischen dem Unfall und der Erkrankung ein Zusammenhang bestand, aus den vorhandenen Angaben nur in der Minderzahl der Fälle beantwortet werden. Neben den anderen Schwierigkeiten erhebt sich hier, namentlich bei den Fällen aus den letzten Jahren, wo diesen Verhältnissen gleichfalls erhöhte Aufmerksamkeit zugewandt wird, noch die weitere, dass von den Angehörigen häufig in gewinnsüchtiger Absicht, behufs Erzielung von Unfallrenten, die Verhältnisse falsch dargestellt werden; in 2 Fällen liess sich nachweisen, dass paralytische Symptome schon vor der Verletzung

Digitized by Google

bestanden, dass aber acute Erscheinungen erst im Anschluss an die letztere auftraten.

In ätiologischer Beziehung zu verwerthen ist ferner noch die Thatsache, dass 52 Kranke Feldzüge mitgemacht hatten; bei einer grossen Anzahl ward geistige Ueberanstrengung angeschuldigt, 11 Kranke wurden als von Jugend auf abnorm bezeichnet, 4 waren schon früher geisteskrank gewesen; zwei Kranke sollen in früheren Jahren epileptisch gewesen sein; endlich wurde zweimal Einwirkung von Hitze, einmal chronische Blei- und einmal (bei einem Thierausstopfer) chronische Arsenvergiftung, einmal eine in der Jugend überstandene Meningitis angeschuldigt. In einem Falle soll sich die Paralyse im unmittelbaren Anschluss an eine nicht näher bezeichnete fieberhafte Erkrankung entwickelt haben.

Wie erwähnt finden sich bei den meisten Fällen eine Mehrzahl von Ursachen verzeichnet, dabei combiniren sich natürlich die absolut häufigsten auch am öftesten mit einander also Heredität, Lues, Potatorium und Verletzungen.

44. Disponiren von den häufiger gefundenen ätiologischen Momenten irgend welche besonders zu tödtlichen Complicationen?

Eine Reihe derjenigen Momente, welche das Auftreten der paralytischen Erkrankung verursachen, setzt unabhängig davon auch gewisse somatische Veränderungen, die eventuell zu schweren Erkrankungen Anlass geben können.

Wäre dies thatsächlich sehr häufig der Fall, so müsste von den betreffenden Kranken ein besonders grosser Procentsatz an complicirenden Erkrankungen zu Grunde gehen; doch scheint dies nach unseren Beobachtungen nicht zuzutreffen. Es erlagen nämlich

	der Paralyse als solcher	an Complicationen
von 68 früher Luetischen	32=47,06 pCt.	36=52,94 pCt.
- 127 hereditär Belasteten	60=47,24 -	67=52,74 -
- 89 Potatoren	44=49,44 -	45=50,56 -
- 51 nach Verletzungen Erkrankten	26=50,98 -	25=49,02 -

Die Complicationen sind demnach bei keiner der genannten Gruppen besonders häufig; besonders erwähnenswerth erscheint es, dass auch die Potatoren keine grössere Disposition zeigen, complicirende somatische Erkrankungen zu acquiriren, trotzdem man nach anderen Erfahrungen eine derartige Disposition erwarten sollte.

Digitized by Google

45. Wie gross war die durchschnittliche Dauer der Krankheit bei den ätiologisch zusammengehörigen Gruppen?

Gelänge es bestimmte Beziehungen zu finden zwischen dem rascheren oder langsameren Verlauf der Paralyse und den Ursachen, welche der Erkrankung zu Grunde lagen, so wäre damit in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung gleich viel gewonnen.

Einer derartigen Feststellung steht nun vor allem der Umstand im Wege, dass eben selten die Paralyse Folge eines einzigen Momentes ist, dass zum mindesten die Zahl derartiger Fälle, welche dem einzelnen Beobachter zur Verfügung steht, zu klein ist, um daraus allgemeine Schlüsse zu ziehen. Hat aber die Aetiologie thatsächlich irgend welchen erheblichen Einfluss auf die Dauer der Krankheit, so muss dies auch dann zum Ausdruck kommen, wenn man die Mittelwerthe für die Dauer einer grösseren Anzahl von Fällen feststellt, die gleicher Aetiologie waren — ohne Rücksicht darauf, ob daneben noch andere ätiologische Momente gegeben waren.

Eine derartige Zusammenstellung habe ich im Folgenden versucht, natürlich nur mit Berücksichtigung derjenigen Fälle, welche ohne complicirende Erkrankung der Paralyse als solcher erlagen. Demnach betrug die Krankheitsdauer:

bei 32 früher Luetischen:	2	Jahre	10	Monate	1	Woche
- 59 hereditär Belasteten:	2	-	9	-	1	-
- 43 Potatoren:	2	-	4	-	2	-
- 26 nach Verletzungen Erkrankten:	2	-	7	-	1	-

Demnach würde entgegen anderweitigen Angaben ein vorhergegangenes Trauma die Prognose etwas verschlechtern; sehr ungünstig gestalten sich dagegen die Verhältnisse bei Potatoren; diese erliegen nunmehr als 5 Monate früher als andere Kranke. Die Dauer bei den hereditär Belasteten und bei den früher luetisch Gewesenen entspricht fast genau dem Mittel, das wir (sub 8) für die Summe aller Kranken fanden, die ihrer Paralyse als solcher erlagen.

46. Waren tödtliche Anfälle bei einer der ätiologisch zusammengehörigen Gruppen von Kranken besonders häufig?

Für einen einzelnen Anfall gelingt es bisweilen, wenigstens mit Wahrscheinlichkeit einen Grund zu ermitteln; dagegen ist es — vorausgesetzt natürlich, dass es sich um reine Fälle von progressiver Paralyse handle, unmöglich zu entscheiden, warum in einem Falle die Anfälle geradezu das ganze Krankheitsbild beherr-

Digitized by Google

schen, in anderen gar nicht oder höchstens andeutungsweise auftreten. Alter und Geschlecht sind, wenigstens, was die tödtlichen Anfälle betrifft, die uns zunächst interessiren, ganz irrelevant, wie im Vorgehenden ausgeführt wurde; es wäre nun denkbar, dass die Aetiologie für das Auftreten wenigstens der schweren, tödtlichen Anfälle maassgebend wäre; doch sprechen unsere Fälle nicht deutlich für einen derartigen Zusammenhang; es erlagen nämlich dem paralytischen Anfall

von 68	früher Luetischen:	17 = 25,00 pCt.
- 127	hereditär Belasteten:	29 = 22,84 -
- 89	Potatoren:	22 = 24,72 -
- 51	nach Verletzungen Erkrankten:	15 = 29,41 -

Demnach wäre bei den nach Verletzungen Erkrankten die Gefahr, einem paralytischen Anfalle zu erliegen, etwas grösser, als bei anderen; dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass diese Gruppe absolut am wenigsten Fälle enthält, so dass also auch ein Zufall nicht ausgeschlossen erscheint.

Was das Stadium der Krankheit betrifft, in dem der tödtliche Anfall eintrat, so war dies bei den Kranken der letzten Gruppe auffallend spät der Fall; die durchschnittliche Krankheitsdauer für die Kranken, welche nach einem Trauma erkrankten und im paralytischen Anfall starben, war sogar um 2 Wochen grösser als bei den sämmtlichen Kranken dieser Gruppe, welche einen rein paralytischen Tod fanden.

Hingegen wirkten die Anfälle ganz besonders deletär bei den Potatoren; die 21 im Anfall gestorbenen Potatoren hatten nämlich eine durchschnittliche Krankheitsdauer von nur 2 Jahren 1 Monat 3 Wochen, 22 an paralytischer Erschöpfung gestorbene Potatoren hingegen eine solche von 2 Jahren 7 Monaten 1 Woche.

Die Anfälle wirken demnach bei Potatoren zwar nicht häufiger, aber im Durchschnitt früher tödtlich als bei anderen Kranken. Zweifellos ist der Zustand des Herzmuskels bei Potatoren für diese Thatsache verantwortlich zu machen; auch wo keine Symptome einer eigentlichen Erkrankung desselben vorliegen — diese Fälle sind ja bei dieser Betrachtung ausgeschieden — scheint derselbe den vermehrten Ansprüchen nicht gewachsen zu sein, die während des paralytischen Anfalles an ihn gestellt werden; die Verhältnisse dürften hier völlig denen bei der Pneumonie der Potatoren analog sein.

Digitized by Google

47. Wie wirkte vorhergegangene geistige Ueberanstrengung auf die Dauer der progressiven Paralyse?

Bei dem Versuche, die mittlere Krankheitsdauer bei denjenigen Fällen von Paralyse zu bestimmen, welche auf geistige Ueberanstrengung zurückgeführt werden, erhebt sich vor allem die Schwierigkeit im einzelnen Falle festzustellen, ob die behauptete Ueberlastung mit geistiger Arbeit wirklich gegeben war oder durch die beginnende geistige Insuficienz nur vorgetäuscht wurde; gerade in den zahlreichen Fällen, wo angegeben wird, dass Kranke in den letzten Wochen oder Monaten vor der Erkrankung besonders stark angestrengt waren und in Folge dessen erkrankt sein sollen, dürfte wohl meist die zweite Annahme zutreffen.

Ich glaubte dieser Schwierigkeit zu entgehen, wenn ich hier eine Kategorie von Kranken heranzog, deren früherer Beruf eine ständige, hochgradige geistige Anstrengung erfordert. Unter unseren 418 Fällen befinden sich nämlich 26 Post- und Bahnbeamte; bei einem grossen Theil derselben wurde nach Angabe der Krankenjournale die anstrengende Berufsthätigkeit direct als Ursache der Erkrankung angeschuldigt; auch wo dies nicht ausdrücklich geschah, darf aber wohl mit Recht angenommen werden, dass der aufreibende und verantwortungsvolle Dienst dieser Beamten im Verein mit den häufigen Nachtwachen zur Erkrankung beigetragen haben; daher wohl auch der grosse Procentsatz, den diese Kategorie zu den Erkrankten stellt.

Dieses psychische Moment erscheint mir mindestens gleich wichtig wie das von *Kirn*[1]) betonte, der gleichfalls die Häufigkeit der Paralyse bei Bahnbediensteten hervorhebt, als Grund aber die Erschütterung bei dem steten Eisenbahnfahren hervorhebt; dass diese Erschütterung nicht vorzugsweise oder ausschliesslich die Ursache der Erkrankung ist, beweist schon die Thatsache, dass von unseren 26 Kranken nur die Minderzahl dem eigentlichen Fahrpersonal angehörte, die Mehrzahl aber als Beamte in den Bureaux thätig war.

Von diesen 26 Kranken erlagen 7 der Paralyse als solcher; diese hatten eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 3 Jahren 1 Monat 3 Wochen.

---

[1]) Archiv. f. klin. Med. XX. 1877. S. 41.

Digitized by Google

Eine derartig lange Krankheitsdauer wurde bei keiner der bisher besprochenen Kategorien von Kranken constatirt; auch unter den 19 an Complicationen Verstorbenen dieser Kategorie finden sich noch auffallend viele, bei denen eine abnorm lange Krankheitsdauer verzeichnet wurde. Man könnte also zu der Annahme versucht sein, dass die Paralyse, die sich im Anschluss an geistige Anstrengung entwickelt, besonders langsam verlaufe. Dabei ist aber zu bedenken, dass hier mehr Anhaltspunkte für eine frühzeitige Erkennung des Zustandes gegeben sind, als anderwärts. Einmal gehören diese Kranken zum grossen Theil Klassen an, in denen im Allgemeinen die gegenseitige Beobachtung schärfer und richtiger geübt wird als in den Volkskreisen, aus denen sich die überwiegende Mehrzahl unserer Kranken recrutirt; dann aber bringt es die Art der Beschäftigung mit sich, dass eine Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit, die bei anderen noch unerkannt bleibt, sich hier sehr bald geltend macht und zur Diagnose führt, wenigstens später als erstes Krankheitssymptom eruirt werden kann. Thatsächlich sind auch bei der Mehrzahl der betreffenden Kranken kleine Unregelmässigkeiten im Dienste, namentlich Vergesslichkeit, als erste krankhafte Symptome angegeben.

Was hier für eine bestimmte Kategorie ausgeführt wurde, gilt in gewissem Grade für alle geistig Thätigen und geistiger Ueberanstrengung Ausgesetzten; aus diesem Grunde dürfte der auch anderwärts zu findenden Angabe, dass die durch geistige Ueberanstrengung veranlasste Paralyse einen besonders langsamen Verlauf nehme, nur mit grosser Vorsicht beizustimmen sein.

48. Wie viele Kranke erlitten nach Ausweis unserer Journale paralytische Anfälle?

Leichteste Bewusstseinsübungen, rasch vorübergehende Lähmungserscheinungen, namentlich momentanes Versagen der Sprache kommnn wobl noch häufiger bei Paralytikern vor, als diese Symptome zur Kenntniss der Angehörigen resp. des Arztes gelangen. Es wäre also schwierig darüber Aufschluss zu gewinnen, wie oft anfallsartige Symptome überhaupt bei Paralytikern vorkommen; dagen werden sich schwerere epileptiforme oder apoplectiforme Anfälle nicht leicht der Beobachtung entziehen; leider ist es nun nicht ausgeschlossen, dass einzelne der beobachteten Anfälle in den Krankenjournalen nicht verzeichnet wurden, so dass also die Zahl

Digitized by Google

der Kranken, bei denen Anfälle vorkamen, vielleicht etwas zu klein wird; immerhin dürften die Angaben der Journale genügen, um uns über die wesentlichsten Verhältnisse zu orientiren.

Anfälle erlitten nach unseren Aufzeichnungen von 418 Männern 248, von 106 Weibern 64, d. h. 59,33 pCt. der Männer und 60,38 pCt. der Weiber; demnach kamen Anfälle bei Männern und Weibern fast genau gleich häufig vor.

Zur Beantwortung der Frage, wie oft paralytische Anfälle bei den einzelnen Kranken auftraten, genügen leider die Angaben der Journale nicht; unter den genannten Fällen sind solche mit nur einem Anfalle eben so wohl vertreten als solche, bei denen eine grosse Reihe von Anfällen erfolgte.

49. Wie viele von den Kranken, bei denen paralytische Anfälle im Verlauf der Krankheit verzeichnet wurden, erlagen denselben direct oder unter Hinzutritt einer Complication, wie viele an Erschöpfung?

Nicht jeder Kranke, der einmal oder mehrmals paralytische Anfälle erlitt, braucht zuletzt einem solchen zu erliegen; selbst Kranke, bei denen die paralytischen Anfälle im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen, können einmal in einem anfallsfreien Intervall sterben.

Von den 248 männlichen Kranken unserer Beobachtung, bei denen überhaupt Anfälle verzeichnet wurden (von den Weibern sei wegen der zu kleinen Zahlen abgesehen) starben 118=47,58 pCt. unter dem Bilde des paralytischen Anfalles; sehen wir von den Fällen ab, in denen der Tod im Anfall an einer Complication erfolgte, bei denen also der Anfall nicht die alleinige Todesursache war, so bleiben immer noch 95 Fälle oder 38,31 pCt., demnach ein Procentsatz, der nicht unbeträchtlich höher ist, als die Zahl der überhaupt im Anfalle erlegenen (cf. sub. 2). Wo also einmal ein Anfall auftrat, wird die Gefahr, später einer Wiederholung desselben zu erliegen, grösser, selbst wenn sich der Kranke in dem einen Falle erholt hat.

An Erschöpfung starben von den genannten 248 männlichen Kranken 54=21,37 pCt.; diese Zahl ist etwas geringer, als sie sich früher bei der Betrachtung aller Fälle ergab; die Minderung ist die natürliche Folge der grösseren Häufigkeit tödtlicher Anfälle bei dieser Gruppe von Kranken.

Digitized by Google

50. Wie gross war die durchschnittliche Krankheitsdauer bei allen Kranken, die im Verlaufe der Krankheit Anfälle erlitten und ihrer Paralyse als solcher erlagen?

Jeder einigermaassen intensive paralytische Anfall hinterlässt seine Spuren im psychischen Zustande des Kranken; die geistige Thätigkeit liegt direct nach dem Anfall vollständig darnieder und erhebt sich später nur selten wieder zu der Höhe, auf der sie direct vor dem Anfalle stand; eine Serie schwererer Anfälle kann innerhalb kurzer Frist zur totalen Verblödung führen. An der deletären Wirkung der paralytischen Anfälle auf den psychischen Zustand kann also kein Zweifel sein.

Eine andere Frage ist die, ob auch die Aussicht auf eine längere Fristung des Lebens durch Anfälle in gleicher Weise gemindert wird. Es ergab sich nun, wieder nach Ausschluss der an Complicationen gestorbenen Kranken, dass 145 Kranke, welche einmal Anfälle durchgemacht hatten und der Paralyse als solcher erlagen, im Durchschnitte 2 Jahre 9 Monate — Wochen lang krank waren.

Diese Zeit ist um 3 Wochen kürzer als die früher (sub 8) für die Summe aller an Paralyse gestorbenen Kranken gefundene. Dabei ist aber zu bedenken, dass gerade hier der verkürzende Einfluss der tödtlichen Anfälle wegen der grossen Zahl dieser Fälle besonders in's Gewicht fällt.

Wollen wir also thatsächlich erfahren, ob Anfälle, die im Verlaufe der Krankheit auftreten, auf die Dauer derselben von irgend welchem Einflusse sind, so müssen wir die Fälle, in denen der Tod direct im Anfalle erfolgte ausscheiden.

51. Wie gross war die durchschnittliche Krankheitsdauer bei den Kranken, welche im Verlaufe der Krankheit Anfälle erlitten, aber nicht im Anfall, sondern an Erschöpfung starben?

Wie erwähnt starben von den Kranken, welche im Verlaufe der Krankheit paralytische Anfälle erlitten hatten, 54 an Erschöpfung; unter diesen 54 Kranken befinden sich einige wenige, die zwar nicht unmittelbar im Anfall starben, die sich vom Anfall selbst erholt und das Bewusstsein wieder erlangt hatten, bei denen aber doch der Anfall eine derartige allgemeine Schwächung bewirkt hatte, dass nach kurzer Zeit der Tod eintrat. Die grosse Mehrzahl dieser 54 Kranken aber starb, ohne dass der Tod in irgend

Digitized by Google

einem auch nur entfernten Zusammenhang mit einem vorausgegangenen Anfalle gestanden wäre, an allmählicher Erschöpfung des Centralnervensystemes.

Die Gesammtdauer der Krankheit konnte bei 52 von diesen 54 Kranken ermittelt werden; das Mittel derselben betrug 3 Jahre — Monate — Wochen.

Diese Zahl entspricht genau der oben gefundenen für die sämmtlichen an Erschöpfung gestorbenen Paralytiker. Demnach müssen wir sagen, dass zwar der geistige Zustand durch paralytische Anfälle verschlimmert wird, dass aber die Lebenserwartung des Paralytikers durch dieselben nicht verschlechtert wird, wenn der Tod nicht direct im Anfall eintritt. Dagegen konnte auch eine Verzögerung des Verlaufes durch paralytische Anfälle, wie sie *Ascher* allerdings nur mit Berücksichtigung der Fälle fand, in denen mehr als 3 Anfälle verzeichnet waren, aus unseren Fällen nicht entnommen werden.

Zum Schluss sei es mir gestattet, meinem sehr verehrten Lehrer, Herrn Obermedicinalrath Prof. Dr. *Grashey*, für die Anregung zu dieser Untersuchung, die Ueberlassung des Materiales und die mannigfache Unterstützung bei der Ausführung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Tabelle I.

Gestorben		Männer.									Weiber.							
		Anst.-Aufenthalt			Fälle		Gesammtdauer			Fälle	Anst.-Aufenthalt.			Fälle		Gesammtdauer			Fälle
		Jahre	Monate	Wochen	Zahl	pCt.	Jahre	Monate	Wochen	Zahl	Jahre	Monate	Wochen	Zahl	pCt.	Jahre	Monate	Wochen	Zahl
ohne Complicationen	an Erschöpfung	1	6	1	106	25,36	3	—	—	104	1	9	2	30	28,21	2	9	1	25
	im Anfall . .	1	1	3	95	22,73	2	7	2	93	1	2	—	24	22,64	2	8	3	19
	total	1	4	—	201	48,09	2	9	3	197	1	6	1	54	58,85	2	9	—	44
an Complicationen	nicht im Anfall	1	1	3	194	46,41	2	4	3	183	1	9	1	42	39,63	3	2	1	32
	im Anfall . .	1	3	2	23	5,50	2	11	—	23	2	—	1	10	9,43	2	9	2	10
	total	1	2	—	217	51,91	2	5	1	206	1	9	3	52	49,06	3	1	—	42
nicht im Anfall . . .		1	3	1	300	71,77	2	7	1	287	1	9	2	72	67,84	3	1	2	57
im Anfall		1	2	—	118	28,23	2	8	1	116	1	5	—	34	32,07	2	9	1	29
Total-Summe		1	3	—	418	100,00	2	7	2	403	1	8	—	106	100,00	2	11	—	86

Digitized by Google

Tabelle IIa. Männer.

Gesammtdauer.	Ohne Complicationen.						An Complicationen.						Nicht im Anfall		Im Anfall		Total-Summe	
	An Erschöpfung		Im Anfall		Summe		Nicht im Anfall		Im Anfall		Summe							
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
0—1 Jahr	21	20,19	16	17,21	37	18,78	39	21,31	2	8,69	41	19,90	60	20,90	18	15,52	78	19,35
1—2 Jahre	18	17,31	23	24,73	41	20,81	50	27,32	5	21,74	55	26,69	68	23,69	28	23,69	96	23,82
2—3 -	18	17,31	21	22,58	39	19,79	39	21,31	7	30,43	46	22,33	57	19,86	28	19,86	85	21,09
3—4 -	20	19,23	14	15,05	34	17,26	31	16,94	2	8,69	33	16,02	51	17,78	16	17,78	67	16,62
4—5 -	14	13,46	8	8,60	22	11,17	10	5,46	3	13,04	13	6,31	24	8,35	11	8,35	35	8,68
über 5 Jahre	13	12,50	11	11,83	24	12,18	14	7,65	4	17,39	18	8,74	27	9,41	15	9,41	42	10,42
Summe	104	100,00	93	100,00	197	100,00	183	100,00	23	100,00	206	100,00	287	100,00	116	100,00	403	100,00

Tabelle IIb. Weiber.

0—1 Jahr	3	12,00	4	21,05	7	15,99	8	25,00	3	30,00	11	26,19	11	19,29	7	24,14	18	20,93
1—2 Jahre	4	16,00	4	21,05	8	18,18	6	18,78	0	0,00	6	14,29	10	17,54	4	13,79	14	16,28
2—3 -	5	20,00	4	21,05	9	20,45	5	15,61	3	30,00	8	19,04	10	17,54	7	24,14	17	19,77
3—4 -	9	36,00	3	15,79	12	27,27	4	12,50	1	10,00	5	11,90	13	22,81	4	13,79	17	19,77
4—5 -	3	12,00	1	5,26	4	9,09	3	9,39	2	20,00	5	11,90	6	10,53	3	10,34	9	10,47
über 5 Jahre	1	4,00	3	15,79	4	9,09	6	18,78	1	10,00	7	16,67	7	12,28	4	13,79	11	12,79
Summe	25	100,00	19	100,00	44	100,00	32	100,00	10	100,00	42	100,00	57	100,00	29	100,00	86	100,00

Digitized by Google

Tabelle IIIa. Männer.

Gesammtdauer		0—1 Jahr		1—2 Jahre		2—3 Jahre		3—4 Jahre		4—5 Jahre		über 5 Jahre		insgesammt	
		Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
ohne Complicationen	an Erschöpfung	21	26,92	18	18,75	18	21,18	20	29,85	14	40,00	13	30,95	104	25,81
	im Anfall . .	16	20,51	23	23,96	21	24,71	14	20,89	8	22,86	11	26,19	93	23,07
	Summe	37	47,43	41	42,71	39	45,89	34	50,74	22	62,86	24	57,14	197	48,89
an Complicationen	nicht im Anfall	39	50,00	50	52,08	39	45,89	31	46,27	10	28,57	14	33,33	183	45,41
	im Anfall . .	2	2,56	5	5,21	7	8,22	2	2,99	3	8,57	4	9,52	23	5,71
	Summe	41	52,56	55	57,29	46	54,11	33	49,26	13	37,14	18	42,85	206	51,12
nicht im Anfall		60	76,92	68	70,83	57	67,07	51	76,12	24	68,57	27	64,28	287	71,22
im Anfall		18	23,07	28	29,17	28	32,93	16	23,88	11	31,43	15	35,71	116	28,78
Gesammt-Summe		78	100,00	96	100,00	85	100,00	67	100,00	35	100,00	42	100,00	403	100,00

Tabelle IIIb. Weiber.

ohne Complicationen	an Erschöpfung	3	16,77	4	28,57	5	29,41	9	52,94	3	33,33	1	9,09	25	29,07
	im Anfall . .	4	22,22	4	28,57	4	23,53	3	17,65	1	11,11	3	27,27	19	22,09
	Summe	7	38,89	8	57,14	9	52,94	12	70,59	4	44,44	4	36,36	44	51,16
an Complicationen	nicht im Anfall	8	44,44	6	42,86	5	29,41	4	23,53	3	33,33	6	54,54	32	37,21
	im Anfall . .	3	16,67	0	0,00	3	17,65	1	5,88	2	22,22	1	9,09	10	11,63
	Summe	11	61,11	6	42,86	8	47,06	5	29,41	5	55,55	7	63,63	42	48,84
nicht im Anfall		11	61,11	10	71,43	10	58,82	13	76,47	6	66,67	7	63,63	57	66,28
im Anfall		7	38,89	4	28,57	7	41,18	4	23,53	3	33,33	4	36,36	29	33,72
Gesammt-Summe		18	100,00	14	100,00	17	100,00	17	100,00	9	100,00	11	100,00	86	100,00

Digitized by Google

Tabelle IVa. Männer.

Dauer des Anstaltsaufenthaltes.	Ohne Complicationen.						An Complicationen.						Nicht im Anfall		Im Anfall		Total-Summe	
	An Erschöpfung		Im Anfall		Summe		Nicht im Anfall		Im Anfall		Summe							
	Fälle	pCt.	Fälle	pCt.	Fälle	pCt.	Fälle	pCt.	Fälle	pCt.	Fälle	pCt.	Fälle	pCt.	Fälle	pCt.	Fälle	pCt.
0—1 Monat	8	7,55	7	7,37	15	7,46	24	12,37	3	13,04	27	12,44	32	10,67	10	8,47	42	10,05
2—3 Monate	15	14,15	11	11,58	26	12,94	31	15,98	2	8,70	33	15,21	46	15,33	13	11,02	59	14,11
4—6 -	13	12,27	16	16,84	29	14,43	28	14,43	5	21,73	33	15,21	41	13,67	21	17,79	62	14,83
7—12 -	15	14,15	17	17,89	32	15,92	37	19,07	1	4,35	38	17,51	52	17,33	18	15,26	70	16,75
0—1 Jahr	51	48,12	51	53,68	102	50,75	120	61,85	11	47,82	131	60,37	171	57,00	62	52,54	233	55,74
1—2 Jahre	25	23,58	25	26,32	50	24,47	37	19,07	6	26,09	43	19,81	62	20,67	31	26,27	93	22,25
2—3 -	11	10,38	14	14,74	25	12,43	23	11,85	4	17,39	27	12,44	34	11,33	18	15,26	52	12,44
3—4 -	11	10,38	4	4,21	15	7,46	6	3,09	2	8,70	8	3,69	17	5,67	6	5,09	23	5,50
5—6 -	6	5,66	1	1,05	7	3,48	3	1,85	0	0,00	3	1,38	9	3,00	1	0,84	10	2,39
über 5 Jahre	2	1,88	0	0,00	2	0,99	5	2,58	0	0,00	5	2,30	7	2,33	0	0,00	7	1,60
Summe	106	100,00	95	100,00	201	100,00	194	100,00	23	100,00	217	100,00	300	100,00	118	100,00	418	100,00

Tabelle IVb. Weiber.

0—1 Monat	2	6,67	2	8,33	4	7,41	6	14,29	0	0,00	6	11,54	8	11,11	2	5,88	10	9,43
2—3 Monate	4	13,33	3	12,50	7	12,97	6	14,29	1	10,00	7	13,46	10	13,89	4	11,76	14	13,21
4—6 -	2	6,67	2	8,33	4	7,41	4	9,52	3	30,00	7	13,46	6	8,33	5	14,71	11	10,37
7—12 -	2	6,67	7	29,17	9	16,66	5	11,90	1	10,00	6	11,54	7	9,72	8	23,53	15	14,15
0—1 Jahr	10	33,34	14	58,33	24	44,45	21	50,00	5	50,00	26	50,00	31	43,05	19	55,88	50	47,16
1—2 Jahre	7	23,33	4	16,67	11	20,36	8	19,04	0	0,00	8	15,38	15	20,83	4	11,76	19	17,93
2—3 -	10	33,34	5	20,83	15	27,77	6	14,29	2	20,00	8	15,38	16	22,22	7	20,59	23	21,69
3—4 -	2	6,67	1	4,17	3	5,55	2	4,76	1	10,00	3	5,77	4	5,56	2	5,88	6	5,66
4—5 -	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	4,76	1	10,00	3	5,77	2	2,78	1	2,94	3	2,83
über 5 Jahre	1	3,33	0	0,00	1	1,85	3	7,14	1	10,00	4	7,69	4	5,56	1	2,94	5	4,72
Summe	30	100,00	24	100,00	54	100,00	42	100,00	10	100,00	52	100,00	72	100,00	34	100,00	106	100,00

Digitized by Google

Tabelle Va. Männer.

Anstaltsaufenthalt:		0—1 Monat		2—3 Monate		4—6 Monate		7—12 Monate		0—1 Jahr		1—2 Jahre		2—3 Jahre		3—4 Jahre		4—5 Jahre		über 5 Jahre	
		Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
ohne Complicationen	an Erschöpfung	8	19,05	15	25,42	13	20,97	15	21,43	51	21,88	25	26,88	11	21,15	11	47,83	6	60,00	2	28,57
	im Anfall . .	7	16,66	11	18,65	16	25,80	17	24,29	51	21,88	25	26,88	14	26,93	4	17,39	1	10,00	0	0,00
	Summe	15	35,71	26	44,07	29	46,77	32	45,72	102	43,76	50	53,76	25	48,08	15	65,22	7	70,00	2	28,57
an Complicationen	nicht im Anfall	24	57,15	31	52,55	28	45,16	37	52,86	120	51,50	37	39,78	23	44,23	6	26,09	3	30,00	5	71,43
	im Anfall . .	3	7,14	2	3,39	5	8,06	1	1,43	11	4,73	6	6,45	4	7,69	2	8,69	0	0,00	0	0,00
	Summe	27	64,29	33	55,94	33	53,22	38	54,29	131	56,23	43	46,23	27	51,92	8	34,78	3	30,00	5	71,43
nicht im Anfall . . .		32	76,20	46	77,97	41	66,13	52	74,29	171	73,38	62	66,66	34	65,38	17	73,92	9	90,00	7	100,00
im Anfall		10	23,80	13	23,04	21	33,86	18	25,72	62	26,61	31	33,33	18	34,63	6	26,08	1	10,00	0	0,00
Gesammt-Summe		42	100,00	59	100,00	62	100,00	70	100,00	233	100,00	93	100,00	52	100,00	23	100,00	10	100,00	7	100,00

Tabelle Vb. Weiber.

ohne Complicationen	an Erschöpfung	2	20,00	4	28,57	2	18,18	2	13,33	10	20,00	7	36,84	10	43,48	2	33,33	0	0,00	1	20,00
	im Anfall . .	2	20,00	3	21,43	2	18,18	7	46,66	14	28,00	4	21,05	5	21,74	1	16,67	0	0,00	0	0,00
	Summe	4	40,00	7	50,00	4	36,35	9	59,99	24	48,00	11	57,89	15	65,22	3	50,00	0	0,00	1	20,00
an Complicationen	nicht im Anfall	6	60,00	6	42,86	4	36,36	5	33,33	21	42,00	8	42,11	6	26,09	2	33,33	2	66,67	3	60,00
	im Anfall . .	0	0,00	1	7,14	3	27,27	1	6,66	5	10,00	0	0,00	2	8,69	1	16,67	1	33,33	1	20,00
	Summe	6	60,00	7	50,00	7	63,63	6	39,99	26	52,00	8	42,11	8	34,78	3	50,00	3	100,00	4	80,00
nicht im Anfall . . .		8	80,00	10	71,43	6	54,54	7	46,66	31	62,00	15	78,95	16	69,57	4	66,67	2	66,67	4	80,00
im Anfall		2	20,00	4	28,57	5	45,45	8	54,32	19	38,00	4	21,05	7	30,43	2	33,33	1	33,33	1	20,00
Gesammt-Summe		10	100,00	14	100,00	11	100,00	15	100,00	50	100,00	19	100,00	23	100,00	6	100,00	3	100,00	5	100,00

Digitized by Google

Tabelle VI.

Es starben an Tuberculose nach einer Gesammtdauer von

	Männer		Weiber	
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
0—1 Jahr	12	17,14	3	16,67
1—2 Jahre	20	28,57	4	22,22
2—3 -	16	22,86	3	16,67
3—4 -	12	17,14	3	16,67
4—5 -	5	7,14	1	5,55
über 5 Jahre	5	7,14	4	22,22
Summe	70	100,00	18	100,00

Tabelle VII.

Die Tuberculose betrug pCt. der Gesammtmortalität nach einer Krankheitsdauer von

	Männer	Weiber
0—1 Jahr	15,38	16,66
1—2 Jahre	20,83	28,57
2—3 -	18,82	17,65
3—4 -	17,91	17,65
4—5 -	14,39	11,11
über 5 Jahre	11,90	36,36
Summe	17,37	20,93

Tabelle VIII.

Es starben an Tuberculose nach einem Anstaltsaufenthalt von

	Männer		Weiber	
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
0—1 Monat	4	5,33	Wegen zu kleiner Zahlen nicht berechnet.	
2—3 Monate	9	12,00		
4—6 -	10	13,33		
7—12 -	14	18,67		
0—1 Jahr	37	49,33	7	33,33
1—2 Jahre	17	22,67	5	23,80
2—3 -	16	21,33	4	19,04
3—4 -	1	1,33	2	9,52
4—5 -	2	2,67	1	4,76
über 5 Jahre	2	2,67	2	9,52
Summe	75	100,00	21	100,00

Tabelle IX.

Die Tuberculose betrug pCt. der Gesammtmortalität nach einem Anstaltsaufenthalte von

	Männer	Weiber
0—1 Monat	9,52	Wegen zu kleiner Zahlen nicht berechnet.
2—3 Monate	15,26	
4—6 -	16,13	
7—12 -	20,00	
0—1 Jahr	15,88	14,00
1—2 Jahre	18,28	26,32
2—3 -	30,77	17,39
3—4 -	4,35	33,33
4—5 -	20,00	33,33
über 5 Jahre	28,59	40,00
Summe	17,94	19,81

Tabelle X.

Es erkrankten im Alter von

Alter	Männer		Weiber	
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
bis 25 Jahre	1	0,24	4	3,77
26—30 -	24	5,74	5	4,72
31—35 -	65	15,15	17	16,04
36—40 -	105	25,12	19	17,92
41—45 -	92	22,01	24	22,64
46—50 -	70	16,74	13	12,26
51—55 -	36	8,61	12	11,31
56—60 -	29	4,79	9	8,49
über 60 -	5	1,20	3	2,83
Summe	418	100,00	106	100,00

Digitized by Google

Tabelle Va. Männer.

Anstaltsaufenthalt:		0—1 Monat		2—3 Monate		4—6 Monate		7—12 Monate		0—1 Jahr		1—2 Jahre		2—3 Jahre		3—4 Jahre		4—5 Jahre		über 5 Jahre	
		Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
ohne Complicationen	an Erschöpfung	8	19,05	15	25,42	13	20,97	15	21,43	51	21,88	25	26,88	11	21,15	11	47,83	6	60,00	2	28,57
	im Anfall . .	7	16,66	11	18,65	16	25,80	17	24,29	51	21,88	25	26,88	14	26,93	4	17,39	1	10,00	0	0,00
	Summe	15	35,71	26	44,07	29	46,77	32	45,72	102	43,76	50	53,76	25	48,08	15	65,22	7	70,00	2	28,57
an Complicationen	nicht im Anfall	24	57,15	31	52,55	28	45,16	37	52,86	120	51,50	37	39,78	23	44,23	6	26,09	3	30,00	5	71,43
	im Anfall . .	3	7,14	2	3,39	5	8,06	1	1,43	11	4,73	6	6,45	4	7,69	2	8,69	0	0.00	0	0,00
	Summe	27	64,29	33	55,94	33	53,22	38	54,29	131	56,23	43	46,23	27	51,92	8	34,78	3	30,00	5	71,43
nicht im Anfall . . .		32	76,20	46	77,97	41	66,13	52	74,29	171	73,38	62	66,66	34	65,38	17	73,92	9	90,00	7	100,00
im Anfall		10	23,80	13	23,04	21	33,86	18	25,72	62	26,61	31	33,33	18	34,63	6	26,08	1	10,00	0	0,00
Gesammt-Summe		42	100,00	59	100,00	62	100,00	70	100,00	233	100,00	93	100,00	52	100,00	23	100,00	10	100,00	7	100,00

Tabelle Vb. Weiber.

ohne Complicationen	an Erschöpfung	2	20,00	4	28,57	2	18,18	2	13,33	10	20,00	7	36,84	10	43.48	2	33,33	0	0,00	1	20,00
	im Anfall . .	2	20,00	3	21,43	2	18,18	7	46,66	14	28,00	4	21,05	5	21,74	1	16,67	0	0,00	0	0,00
	Summe	4	40,00	7	50,00	4	36,35	9	59,99	24	48,00	11	57.89	15	65,22	3	50,00	0	0,00	1	20,00
an Complicationen	nicht im Anfall	6	60,00	6	42,86	4	36,36	5	33,33	21	42,00	8	42,11	6	26,09	2	33,33	2	66,67	3	60,00
	im Anfall . .	0	0,00	1	7,14	3	27,27	1	6,66	5	10,00	0	0,00	2	8,69	1	16,67	1	33,33	1	20,00
	Summe	6	60,00	7	50,00	7	63,63	6	39,99	26	52,00	8	42,11	8	34,78	3	50,00	3	100,00	4	80,00
nicht im Anfall . . .		8	80,00	10	71,43	6	54,54	7	46,66	31	62,00	15	78,95	16	69,57	4	66,67	2	66,67	4	80,00
im Anfall		2	20,00	4	28,57	5	45,45	8	54,32	19	38,00	4	21,05	7	30,43	2	33,33	1	33,33	1	20,00
Gesammt-Summe		10	100,00	14	100,00	11	100,00	15	100,00	50	100,00	19	100,00	23	100,00	6	100,00	3	100,00	5	100,00

Digitized by Google

Tabelle VI.

Es starben an Tuberculose nach einer Gesammtdauer von

	Männer		Weiber	
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
0—1 Jahr	12	17,14	3	16,67
1—2 Jahre	20	28,57	4	22,22
2—3 -	16	22,86	3	16,67
3—4 -	12	17,14	3	16,67
4—5 -	5	7,14	1	5,55
über 5 Jahre	5	7,14	4	22,22
Summe	70	100,00	18	100,00

Tabelle VII.

Die Tuberculose betrug pCt. der Gesammtmortalität nach einer Krankheitsdauer von

	Männer	Weiber
0—1 Jahr	15,38	16,66
1—2 Jahre	20,83	28,57
2—3 -	18,82	17,65
3—4 -	17,91	17,65
4—5 -	14,39	11,11
über 5 Jahre	11,90	36,36
Summe	17,37	20,93

Tabelle VIII.

Es starben an Tuberculose nach einem Anstaltsaufenthalt von

	Männer		Weiber	
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
0—1 Monat	4	5,33	Wegen zu kleiner Zahlen nicht berechnet.	
2—3 Monate	9	12,00		
4—6 -	10	13,33		
7—12 -	14	18,67		
0—1 Jahr	37	49,33	7	33,33
1—2 Jahre	17	22,67	5	23,80
2—3 -	16	21,33	4	19,04
3—4 -	1	1,33	2	9,52
4—5 -	2	2,67	1	4,76
über 5 Jahre	2	2,67	2	9,52
Summe	75	100,00	21	100,00

Tabelle IX.

Die Tuberculose betrug pCt. der Gesammtmortalität nach einem Anstaltsaufenthalte von

	Männer	Weiber
0—1 Monat	9,52	Wegen zu kleiner Zahlen nicht berechnet.
2—3 Monate	15,26	
4—6 -	16,13	
7—12 -	20,00	
0—1 Jahr	15,88	14,00
1—2 Jahre	18,28	26,32
2—3 -	30,77	17,39
3—4 -	4,35	33,33
4—5 -	20,00	33,33
über 5 Jahre	28,59	40,00
Summe	17,94	19,81

Tabelle X.

Es erkrankten im Alter von

Alter	Männer		Weiber	
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
bis 25 Jahre	1	0,24	4	3,77
26—30 -	24	5,74	5	4,72
31—35 -	65	15,15	17	16,04
36—40 -	105	25,12	19	17,92
41—45 -	92	22,01	24	22,64
46—50 -	70	16,74	13	12,26
51—55 -	36	8,61	12	11,31
56—60 -	29	4,79	9	8,49
über 60 -	5	1,20	3	2,83
Summe	418	100,00	106	100,00

Digitized by Google

Tabelle XI.

Dauer der uncomplicirten Fälle bei Beginn im

Alter	Männer.								Frauen.							
	Gesammtdauer				Anstaltsaufenthalt				Gesammtdauer				Anstaltsaufenthalt			
	Jahre	Monate	Wochen	Zahl	Jahre	Monate	Wochen	Zahl	Jahre	Monate	Wochen	Zahl	Jahre	Monate	Wochen	Zahl
bis 25 Jahre	2	—	—	1	—	1	—	1	4	3	3	2	1	7	2	3
26—30	4	6	3	9	1	10	1	10	6	2	3	2	1	2	3	2
31—35	2	3	2	33	—	10	3	33	2	—	3	5	1	6	1	5
36—40	2	11	2	51	1	5	2	52	3	—	1	7	1	6	—	10
41—45	2	9	3	39	1	5	—	45	2	4	3	15	1	2	3	18
46—50	2	7	3	35	1	2	3	35	1	6	2	4	1	—	2	6
51—55	3	—	2	16	1	3	1	17	2	7	—	4	2	7	3	5
56—60	2	8	3	12	2	—	—	12	3	3	1	4	1	7	1	4
über 60	3	—	—	1	—	3	3	1	3	1	1	1	2	9	1	1

Tabelle XII.

Es betrug die Dauer

bei Beginn im	0—1 Jahr		1—2 Jahre		2—3 Jahre		3—4 Jahre		4—5 Jahre		über 5 Jahre	
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
26.—30. Jahre	0	0,00	1	11,11	1	11,11	3	33,33	1	11,11	3	33,33
31.—35. -	10	30,30	5	15,15	8	24,24	5	15,15	3	9,09	2	6,06
36.—40. -	12	23,55	8	15,68	10	19,69	9	17,65	5	9,80	7	13,71
41.—45. -	3	7,69	13	33,33	8	20,51	5	12,82	4	10,27	6	15,38
46.—50. -	10	28,57	6	17,40	5	14,29	5	14,29	6	17,14	3	8,57
51.—55. -	0	0,00	4	25,00	4	25,00	5	31,25	2	12,50	1	6,25
56.—60. -	3	25,00	3	25,00	1	8,33	2	16,67	1	8,33	2	16,67

Tabelle XIII.

Es starben

erkrankt im	an Complicationen		ohne Complicationen	
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.
26.—30. Jahre	14	58,35	10	41,66
31.—35. -	32	49,23	33	50,77
36.—40. -	53	50,46	52	49,54
41.—45. -	52	56,52	40	43,48
46.—50. -	35	50,00	35	50,00
51.—55. -	19	52,77	17	47,22
56.—60. -	8	40,00	12	60,00
überhaupt		51,91		48,09

Digitized by Google

Tabelle XIV.

Es starben an

Erkrankt im	Infectionen		Herzkrankheiten		Tuberculose		pCt. überhaupt
	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	Zahl	pCt.	
26.—30. Jahre . .	1	2,94	0	0,00	10	13,33	5,74
31.—35. -	5	14,70	2	7,70	13	17,33	15,55
36.—40. -	8	23,52	7	26,92	21	28,00	25,12
41.—45. -	7	20,58	7	26,92	14	18,67	22,01
46.—50. -	7	20,58	4	15,38	11	14,67	16,74
51.—55. -	3	8,82	2	7,69	4	5,33	8,61
56.—60. -	2	5,88	3	11,54	2	2,67	4,79
über 60 -	1	2,94	1	3,85	0	0,00	1,20

Tabelle XV.

Es starben im Anfall

Erkrankt im	Zahl	pCt. aller ohne Complicationen Gestorbenen	pCt. aller überhaupt Gestorbenen
26.—30. Jahre	5	50,00	20,83
31.—35. -	15	45,45	23,08
36.—40. -	21	40,04	20,00
41.—45. -	23	57,50	25,00
46.—50. -	15	42,86	21,43
51.—55. -	9	52,94	25,00
56.—60. -	6	50,00	30,00

Digitized by Google

Ueber Sulfonal, Trional und Tetronal.

Von

Dr. **Herting,**
Assistenzart der Provinzial-Irrenanstalt Rittergut Altscherbitz.

---

a. Sulfonal.

Allerdings sind seit den ersten Veröffentlichungen ***Breslauer's*** über Vergiftungserscheinungen nach Sulfonal und über das dabei bemerkte Auftreten abnorm gefärbten Harnes, sowie seit den ersten genaueren Untersuchungen derartiger Harne durch ***Salkowski*** und ***Jolles*** auch von anderer Seite ähnliche Fälle berichtet worden, indess nicht so zahlreich, dass es nicht angezeigt erschiene, die Casuistik zu vermehren und genauere Untersuchungen darüber zu veröffentlichen. In der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt kamen folgenden drei Fälle vor:

1. Fräulein Gr., 53 Jahre, Par. chron. hall., seit 1867 geisteskrank, seit 1877 in der hiesigen Anstalt, bedurfte schon seit einer Reihe von Jahren zur Beruhigung und zum Schlafe der verschiedensten Arzneien. Vom 21. Januar bis 21. Juli 1892 erhielt sie täglich Sulfonal und zwar 0,5—2. g pro die meistens in refr. dos. Die Medication wurde 4 Monate ohne Nachtheil ertragen, und es konnte ihre Fortsetzung daher um so weniger widerräthlich erscheinen, als die durchaus kräftige und körperlich gesunde Patientin an Narcotica aller Art seit Jahren gewöhnt war, und das Sulfonal, wie anderswo, so auch hier in Hunderten von Fällen sich als ein ungefährliches Medikament vorzüglich bewährt hatte.

Mitte Juni, nach Anwendung von 128 g Sulfonal an 110 Tagen stellten sich zum ersten Male bei ihr harmlose Intoxicationserscheinungen ein: Schwere in den Beinen, leichte Benommenheit und etwas lallende Sprache. Die in der letzten Zeit gegebene Dosis von 2 g wurde auf 0,5 pro die herabgesetzt. Nach dreitägiger Bettruhe waren die Intoxicationserscheinungen verschwunden. Die von Neuem und stärker einsetzende Erregung

Digitized by Google

machte die Verstärkung der Sulfonalgabe nothwendig; es wurden anfänglich 1 g, erst vom 12. Juli an täglich wieder 2 g gegeben. Am 22. Morgens war Patientin plötzlich sehr taumelich, fiel beim Versuch, sich aufzurichten, im Bett zurück und konnte nicht gehen. Patientin wurde zu Bett gelassen und die Sulfonaldarreichung ganz eingestellt. Der Appetit war und blieb auch während der nächsten Tage gut. Der Stuhl war angehalten, die Temperatur normal. Am 23. und 24. stieg die Temperatur Abends bis 39,3. Am 25. wurde bei der Patientin zum ersten Mal eine abnorme — rothwein bis kirschsaftähnliche — Färbung des Urins bemerkt. Am 26. stellten sich Appetitlosigkeit, Erbrechen und Schmerzen im rechtem Hypochondrium ein. Von da an blieb das Befinden fast dauernd unverändert: Patientin erbrach fast Alles, der Stuhl blieb angehalten; später stellte sich unregelmässig wechselnd Durchfall und Obstipation ein. Der Urin behielt unverändert die eigenthümliche Farbe. Der Leib blieb, besonders in der rechten Seite, spontan schmerzhaft und druckempfindlich; er war nicht aufgetrieben. Die Körperkräfte nahmen mehr und mehr ab; Patientin vermochte nicht sich aufzurichten, aufrecht sitzen zu bleiben und und die Unterextremitäten zu gebrauchen. Unter zunehmender Schwäche und unter vorübergehender Temperatursteigerung bis 39,5 trat am 12. August der Tod ein.

Die Behandlung beschränkte sich auf möglichst kräftige Ernährung, gegen die Schmerzen wurden kalte Umschläge auf den Leib mit gutem Erfolge verordnet und durch wiederholte Eingiessungen Defäcation erzielt.

Die 20 Stunden nach dem Tode vorgenommene Obduction hat für den raschen Verfall der Kräfte und die abnorme Urinfärbung Erklärung nicht gebracht. Die Leiche war äusserst dürftig genährt, die Todtenstarre erhalten. In der Bauchhöhle kein abnormer Inhalt. Starke Schnürfurche der Leber. Der abgeschnürte Theil des rechten Lappens reichte lang und spitz ins Hypochondrium hinab; Leber war mässig blutreich, von mittlerer Consistenz und gewöhnlicher Färbung. Gallenblase war prall gefüllt mit ca. 90 bis kirschengrossen, rundlichen Steinchen und Steinen von weisser Farbe. Milz war von mittlerer Grösse, derb. Nieren waren derbe, sehr blutarm; Rindenschicht verschmälert; Caps. propr. nur mit anhaftender Rindensubstanz abzuziehen. Nebennieren ohne Besonderheiten. In der Blase etwa 100 ccm klarer, rothweinfarbener Urin. Innere Geschlechtsorgane nicht verändert. Schleimhaut des Darms im Allgemeinen geschwollen, stellenweise mit geringer Injectionsröthe. — Herz schlaff; Musculatur brüchig, blassgrau. Aortenklappen und Sehnenfäden der Mitralis verdickt. Anfangstheil der Aorta atheromatös. Linke Lunge blutreich, lufthaltig, nicht ödematös, hinten mit der Brustwand verwachsen. Die Oberfläche des Unterlappens mit dicken frischen rothen Auflagerungen versehen, in denen zahlreiche punktförmige Ecchymosen sichtbar sind. Rechte Lunge ohne Besonderheiten. — Die Section des Gehirns bot irgendwie Wichtiges nicht.

Digitized by Google

Die bei der Kranken am 22. Juli auftretenden Symptome von Schwäche, Taumeln und Hinfälligkeit boten für uns des Besonderen nichts, da wir bei längerer Zeit fortgesetzter Sulfonaldarreichung oft derartige Erscheinungen gesehen hatten, die nach Aussetzen des Mittels in wenigen Tagen ohne alle nachtheiligen Folgen zurückzugehen pflegten, und besonders hatten wir deshalb zu Befürchtungen keinen Anlass, weil bei der Kranken sich nicht einmal die sonst stets gleichzeitig beobachtete Appetitverminderung eingestellt hatte. Das erste auffallende Symptom war die am 25. Juli bemerkte abnorme Färbung des Harns.

Der Urin wurde in geringer Menge entleert, war klar und zeigte eine rothwein- bis kirschsaftähnliche Farbe, reagirte sauer und enthielt kein Eiweiss, keinen Zucker. Bei der Probe auf Indican zeigte sich der Aether ganz schwach violett gefärbt. Das specifische Gewicht wurde nicht bestimmt. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von äusserst spärlichen rothen und weissen Blutzellen, Fettkörnchen, Blasenepithelien und einzelnen rundlichen, blauröthlichen Klümpchen. Beim Versetzen mit Essigsäure trat ein geringer Uebergang in bräunliche Färbung ein. — Nach 8 Wochen zeigte er, obwohl er völlig offen bei Zimmertemperatur gestanden hatte, keine Gährung, keine Schimmelpilzbildung. Die Reaction war auch jetzt sauer. Die Farbe war dunkler geworden und in's Bräunliche übergegangen; gleichzeitig hatte sich ein spärliches, bräunliches, krümliches, unlösliches Sediment gebildet, das einer weiteren Untersuchung nicht zugänglich gemacht werden konnte. Eiweiss, Blut oder Blutfarbstoff liess sich nicht nachweisen. Die Trommersche Probe gab keine Reduction. Zusatz von Essig- und Salzsäure veränderte die Farbe nicht. Rohe Salpetersäure färbte den Urin bräunlich. Ammoniak bewirkte einen bräunlichen Niederschlag. Beim Kochen mit Natronlauge wurde der Harn ebenfalls bräunlich. Eisenchlorid gab einen reichlichen dunklen, Liqu. plumb. subacet. einen schmutzig graurothen Niederschlag; das Filtrat bei letzterem war farblos. Indigo liess sich nicht mehr nachweisen.

2. Fräulein D., 59 Jahre alt, Paran. chron., erhielt innerhalb eines Zeitraums von 402 Tagen an 357 Tagen 388 g Sulfonal, an 45 Tagen nichts. Die beruhigende Wirkung blieb nie aus und körperliche Störungen irgend welcher Art wurden bisher nicht bemerkt. Erst am 11. December 1892

Digitized by Google

wurde bei der Kranken das Vorhandensein eines abnorm dunkel gefärbten Harns constatirt, ohne dass ausser einer seit wenigen Tagen vorhandenen Verminderung des Appetits sich irgend ein Symptom chronischer Sulfonalvergiftung gezeigt hatte: Verstopfung, Durchfall oder Erbrechen war jedenfalls nicht vorhanden; über Leibschmerz konnte die Kranke in Folge ihres allgemein-psychischen Zustandes keine Auskunft geben. Der Urin — dessen Menge sich ebendeshalb nicht feststellen liess — war blaubraunroth, bei auffallendem Licht in dicker Schicht fast schwarz, in dünner Schicht rothbraun wie dunkler Portwein. Die Reactionen boten eigentlich Besonderes nicht; nur stellte sich nach Ammoniakzusatz ein weisser flockiger Niederschlag ein. Eine Farbenveränderung trat weder auf Säure, noch auf Alkalizusatz auf. Die Reaction war sauer. Der spärliche Bodensatz, der sich beim Kochen löste, enthielt Plattenepithelien und ganz vereinzelte weisse Blutzellen. Das specifische Gewicht bei 12° R. war 1026. Die spectroskopische Untersuchung — welche ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Geh. Rath Prof. Dr. *Quincke* in Kiel verdanke, dem ich auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank hiermit abstatte — konnte leider erst im Februar, also etwa 8 Wochen nach der Entleerung des Urins vorgenommen werden. Sie ergab folgendes: Die Urinproben, deren eine leicht ammoniakalisch, deren andere neutral reagirten, zeigen 2 Absorptionsstreifen zwischen 58,3 und 57 und zwischen 55 und 53; letzterer Streifen ist verwaschen; von 51 ab nach rechts folgt Dunkelheit. Ammoniakzusatz ändert die Streifen nicht, Salzsäure macht sie undeutlich. — Wurde der Urin mit alkalischer Chlorbaryumlösung ausgefällt, der Niederschlag mit Wasser und Alkohol gewaschen und dann mit salzsaurem Alkohol extrahirt, so zeigt das Extract sehr ähnliche Absorptionsstreifen: 58,2 bis 56 und 54 bis 52, von 51 ab Dunkelheit.

Das Sulfonal wurde sofort abgesetzt und Patientin zu Bett gelegt. Am 16. hatte der Urin den bläulichen Ton bereits verloren, war aber noch sehr dunkel gefärbt. Erst am 26. war er heller und röthlich wie Fieberharn geworden. Nach wenigen Tagen hatte er seine gewöhnliche Farbe wiedererlangt.

Fieber war übrigens während der ganzen Krankheit nicht vorhanden gewesen. Ueberhaupt waren die meisten allgemeinen körperlichen Erscheinungen der Sulfonalvergiftung kaum zu Tage getreten, und ohne besondere Massnahmen waren die vorhandenen Symptome bald zurückgegangen. Zu einem Controlversuche, die Kranke durch Verordnung von Sulfonal noch einmal der Intoxicationsgefahr auszusetzen, hielt ich mich nicht berechtigt.

3. Fräulein K., 34 Jahre alt, (Paranoia chron. halluc.), welche an unregelmässig eintretenden Erregungszuständen leidet, die keine absolute Trübung des Bewusstseins mit sich führen und unter Bettruhe und geeigneter Medikation bisher dauernd den Aufenthalt in einer ruhigen Abtheilung gestatteten, erhielt, sobald der Zustand ein Narcoticum erforderte,

Digitized by Google

meistens Sulfonal, stets mit promptem Erfolge und bisher ohne nachtheilige Wirkungen. Die Kranke, die schon immer auf Grund zahlreicher, paranoisch-hypochondrischer Ideen vorübergehend abstinirt hatte, sich aber guten körperlichen Befindens erfreute, erkrankte am 13. März mit leichten gastrischen Symptomen: Appetitmangel, belegter Zunge, Foetor ex ore, Erbrechen, Kopf- und Leibschmerzen, Durchfall und Verstopfung. Die Hebung der letzteren besserte das Allgemeinbefinden nicht. Fieber und Pulsbeschleunigung bestand nicht. Es zeigte sich leichte Benommenheit und Ruhebedürfniss, und allmälig stellte sich eine unangenehme motorische Unruhe mit Angstempfindung ein. Die Kranke hatte innerhalb eines Zeitraumes von 425 Tagen an 245 Tagen 379 g Sulfonal erhalten; da dieselbe auch während ihrer ruhigsten, absolut arzneifreien Perioden über Schwäche, Verschleimung, katarrhalische Affectionen etc. ohne objectiv nachweisbare Störungen geklagt, auch auf Grund ihrer Wahnideen zeitweise, wie gesagt, abstinirt hatte und da ferner die Kranke Sulfonal stets nur mit längeren Unterbrechungen — 180 Tage waren während des erwähnten Zeitraumes gänzlich arzneifrei gewesen — bekommen hatte, wurde zunächst die Möglichkeit einer protrahirten Sulfonalwirkung nur vermuthet. Die Untersuchung des Harns sicherte indess die Diagnose der Sulfonalvergiftung. Der Harn war rothbraun, in dicker Schicht dunkler, reagirte sauer, enthielt kein Eiweiss und Zucker und lies kein Sediment ausfallen. Auf Ammoniakzusatz zeigte sich reichlicher und beim Kochen mit Natronlauge wenig weisser flockiger Niederschlag. Nach Salpetersäure wurde er dunkler, nach Kalilauge heller, eine wesentliche Farbenänderung trat aber durch Aenderung der Reaction nicht ein. Beim Stehen an Licht und Luft bei 15° R. wurde er in 2 Tagen wesentlich dunkler, fast schwarz, ohne Zersetzungserscheinungen zu bieten. Das Sulfonal war übrigens schon am 11., also 2 Tage vor dem Auftreten der Vergiftungserscheinungen, da genügende beruhigende Wirkung vorhanden war, ausgesetzt und wurde nachher trotz des Eintritts grösserer Unruhe nicht wieder angewandt. Am 16. war noch keine Aenderung des Zustandes eingetreten. Am 21. hatte sich der Appetit gebessert, die Zunge war rein geworden, der Stuhlgang in Ordnung; Patientin blieb ruhiger im Bett liegen. Der Urin hatte die blaurothe Farbe verloren, war ziegelroth. Am 24. waren abnorme Erscheinungen in den körperlichen Functionen nicht mehr vorhanden. Die Behandlung hatte in der Verabreichung von Wein und kräftiger flüssiger Diät bestanden. Die Patientin war ins Bett gelegt, und durch Clysmen die bestehende Verstopfung gehoben worden.

Klinisch verliefen alle 3 Fälle im Wesentlichen nicht anders wie diejenigen der bisherigen Veröffentlichungen. Die chemische Untersuchung der Harne, soweit sie angestellt werden konnte, entspricht den Beobachtungen, die *Quincke* bei dem von ihm verFalle gemacht hat. Das Ergebniss der spectroskopi-

Digitized by Google

schen Untersuchung des Harns (Fall 2) bestätigt die von *Quincke* aufgestellte Behauptung, es handele sich in solchem Falle nicht um Hämatoporphyrin, sondern um einen anderen Farbstoff, dessen Natur noch nicht genauer bekannt sei. Die Absorptionsstreifen der möglichst rein dargestellten Lösung des Farbstoffs stimmen nämlich nicht mit denen der entsprechenden Lösung des Hämatoporphyrin überein, und die Absorptionsstreifen des den Farbstoff enthaltenden Harns ändern sich nicht mit der Reaction desselben, wie es sich in Fällen reiner Hämatoporphyrinurie findet. Die bei Hämatoporphyrinurie vorhandene Farbenänderung nach Wechsel der Reaction zeigte sich bei dem vorliegenden Harn ebenfalls nicht. — Dass dieser sich übrigens spectroskopisch nicht genau wie der von *Quincke* beschriebene verhält, dürfte vielleicht sowohl auf die sonstige Zusammensetzung des Urins, als auch auf den Umstand zurückzuführen sein, dass der von mir beschriebene Harn wesentlich älter zur Untersuchung gekommen ist.

Durch diese 3 Fälle veranlasst, habe ich den Urin von 34 hier z. Z. noch mit grösseren oder längere Zeit fortgesetzt mit kleineren Dosen Sulfonal behandelten und theilweise unter klinisch deutlich nachweisbarer Sulfonalwirkung stehenden Personen einer genaueren Untersuchung unterzogen. Nur ein Harn zeigte einzelne ähnliche oder abnorme Reactionen, wie in meinen drei vorerwähnten Fällen, indem nämlich Ammoniak einen Niederschlag hervorrief, und beim Kochen mit Natronlauge unter Braunfärbung ein röthlicher Niederschlag ausfiel, der in Essigsäure löslich war, aber gelöst seine Farbe am Lichte nicht verlor. Die Farbe dieser Harne war nur 5mal bräunlich, dunkel oder rothbraun, niemals dunkelblau - braunroth wie in den Fällen von Sulfonalvergiftnng. Im Uebrigen zeigten die Harne keine bemerkenswerthen Eigenschaften; namentlich erlitten alle schon nach wenigen Tagen ausgesprochene Zersetzung.

Die Menge des in diesen Fällen bis zum Tage der Untersuchung verordneten Sulfonal beträgt durchschnittlich 224 g und wurde innerhalb eines Zeitraumes von 205 Tagen an 163 Tagen verabreicht; in einem vereinzelten Falle aussergewöhnlich intensiver chronischer Erregung konnten sogar innerhalb 971 Tagen an 915 Tagen 893 g Sulfonal ohne jeden Nachtheil gegeben werden.

Die erste Zusammenstellung sämmtlicher einschlägiger Fälle,

Digitized by Google

— also von chronischer Sulfonalvergiftung oder einer abnormen Harnfärbung nach Sulfonaleinnahme — ist von *Kast* im Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmacologie Bd. 31 1. Heft veröffentlicht worden, hat aber meines Wissens bisher leider keine Erwähnung in psychiatrischen Zeitschriften gefunden. Es sind dort 13 tödtlich verlaufene Fälle erwähnt worden und zwar von *Breslauer* 5, *Reinfuss* 1, *Geill* 1, *Salkowski* 1, *Kober* 1, *Hansen-Kirchhoff* 3, *Quincke* 1.

Ausser diesen habe ich in der Literatur noch folgende gefunden:

Zunächst berichtet *Salkowski* ausser über den oben erwähnten tödtlich verlaufenen Fall noch über 2 Fälle, die nach längerem Sulfonalgebrauch ganz ähnliche Symptome zeigten, aber günstigen Ausgang hatten. Die Harne, die bei der Entleerung etwas heller gefärbt erschienen, waren bei auffallendem Lichte undurchsichtig, fast schwarz, in dünnen Schichten gelbroth bis braun. Erhitzen zum Sieden änderte die Farbe nicht, abgesehen von einer geringen Trübung bei einem Harn in Folge eines minimalen Eiweissgehaltes.

Die Harne stammten von weiblichen Individuen; es zeigten sich sehr starke Erscheinungen von Seiten des Digestionstractus, namentlich Verstopfung.

Jolles beobachtete 4 Frauen, bei denen nach längere Zeit fortgesetztem Sulfonalgebrauch dunkelrothe Färbung des Urins auftrat. Unter epigastrischen Schmerzen, Erbrechen, Verstopfung und fortschreitendem Collaps endeten die Fälle mit dem Tode. Der Urin enthielt Spuren von Eiweiss, geformte Elemente aus den Nieren und geringe Mengen Sulfonal.

Breslauer (Fall 6) sah bei einer 33jährigen Patientin, die ca. 5 Monate täglich 1—1,5 g Sulfonal bekommen hatte, Leibschmerzen und Obstipation und dunkelbraunrothe Färbung des spärlich abgesonderten Urins auftreten. Besserung nach Aussetzen des Sulfonal.

Schäffer: Nach Gebrauch von 180 g Sulfonal in 270 Tagen trat bei einer 26jährigen Paranoica eine dunkelrothe, bei auffallendem Lichte schwarze Färbung des Urins auf. Es stellte sich Erbrechen ein und hartnäckigste Obstipation, ferner spontan und auf Druck Schmerz in Magen- und Lebergegend, Ataxie und Parese

Digitized by Google

der Extremitäten, Sprachbehinderung, Entkräftung, kleiner und unregelmässiger Puls, Fieber bis 39,5 und stark verminderte Diurese. Im Urin wurde spectroskopisch Hämatoporphyrin, Aceton, Acetessigsäure, Indigoroth, Indican, Urobilin nachgewiesen. Die Zellen des Blutes zeigten nur geringe Färbung.

Friedenreich beobachtete zwei Frauen, von denen die eine 50jährige dem Sulfonalmissbrauch ergeben war, die andere 40jährige seit 1 Jahr täglich, vielleicht oft mehrmals täglich Sulfonal genommen hatte. Symptome waren: Lähmungen der willkürlichen Muskeln, Dyspnoe, dunkelrother Harn, Schmerzen im Unterleib.

Helweg: Eine 54jährige Frau mit circulärer Psychose erhielt 3 Monate lang täglich 1 g Sulfonal. Plötzliche Vergiftungssymptome. Untere Extremitäten schwach und kalt. Arme konnte Patientin bewegen. Sectionsbefund negativ, nur Degeneration der Nervenzellen der Vorderhörner des unteren Rückenmarkes bis ins Cervicalmark hinauf, ähnlich wie bei acuter Myelitis.

Paulli sah nach $^3/_4$ Jahre langem Sulfonalgebrauch einen tödtlichen Ausgang.

Breslauer, (Fall 2). Eine 45jährige Frau mit maniakalischen Erregungszuständen erhielt durch 5 Tage je 5 g Sulfonal ohne Erfolg. Es trat Stuhlverstopfung ein. Patientin jammerte und bewegte sich nur mühsam. Urin spärlich, dunkelbraunroth. Somnolenz, Obstipation. Nach 4 Tagen Nachlass der Erscheinungen. Genesung.

Fürst beobachtete bei einem 21jährigen hysterischen Mädchen, das in suicidaler Absicht ca. 24 g Sulfonal genommen hatte, Erbrechen, Ataxie, lallende Sprache, hartnäckige Verstopfung und verminderte Absonderung eines dunkelbräunlich gefärbten Urins.

Stocvis beschreibt einen Fall von Hämatoporphyrinurie, in dem ebenfalls Sulfonal in Dosen von 1 g einige Tage gebraucht war. Der Fall verlief tödtlich.

Hammarsten sah nach Sulfonalgebrauch Hämatoporphyrinurie auftreten.

Fehr beschrieb drei schwere Fälle von Sulfonalvergiftung, von denen zwei mit den gewöhnlichen Symptomen tödtlich verliefen. Die Vergiftungen traten ohne Prodrome nach kurzdauerndem Gebrauche von Sulfonal auf.

Rechnet man hierzu noch die 3 von mir beschriebenen Fälle,

Digitized by Google

so beträgt die Gesammtzahl der bisher beobachteten Fälle schwerer chronischer Sulfonalvergiftung 28; in 25 derselben ist eine abnorme Harnfärbung sicher constatirt worden; ferner wurde von 3 Autoren (*Breslauer, Fürst, Stocvis*) auch nach nur einmaliger oder kurzdauernder Sulfonalverabreichung abnorm dunkle Färbung des Harns beobachtet. Ueber die Dauer des Sulfonalgebrauches in dem Falle *Hammarsten*, bei dem Hämatoporphyrinurie beobachtet wurde, und über die „gewöhnlichen Symptome" unter denen die drei schweren, acuteren Vergiftungsfälle *Fehr*'s verliefen, konnte ich leider nichts eruiren.

In ihren allgemeinen Symptomen entsprechen alle hier in Betracht kommenden Fälle mehr oder weniger dem Bilde, das *Kast* (l. c.) von der chronischen Sulfonalvergiftung bereits entworfen hat und helfen somit dasselbe fixiren.

Im Speciellen bieten sie, ausser kleinen Abweichungen nichts Wesentliches. Interessant ist der Umstand, dass auch diese Fälle nur das weibliche Geschlecht betrafen [1]). Diese verminderte Widerstandskraft des weiblichen Geschlechtes findet ihre Bestätigung auch darin, dass nach einmaliger grosser Dosis von 30 — 45 — 100 g Sulfonal (*Knaggs, Rehm, Neisser*) bei Männern nur eine Verminderung der Menge des Harnes constatirt werden konnte, während von *Fürst* nach einmaligem Einnehmen von „höchstens" 24 g bei einem Mädchen ausserdem eine abnorme dunkelbräunliche Färbung desselben bemerkt wurde.

Die von *Quincke* und mir in 3 Fällen beobachtete hochgradige Haltbarkeit des Harns hat von anderer Seite bisher noch keine Bestätigung gefunden.

Die anatomischen Untersuchungen haben bisher keine positiven Resultate ergeben. Ausserdem dass von *Geill* und mir Zeichen einer chronischen Nephritis gefunden wurden, konnten überhaupt nur *Umpfenbach* eine starke Blutfülle des Rückenmarks und *Helweg* eine Degeneration der Nervenzellen der Vorderhörner des unteren Rückenmarks constatiren.

Eine Abhängigkeit des Eintritts der Vergiftungserscheinungen

[1]) Nach einer Mittheilung in *Virch.-Hirsch*' Jahresberichten vom Jahre 1891, Jahrg. 26, Bd. 1 hat *Salkowski* inzwischen auch einen derartigen Harn von einem männlichen Individuum von *Jastrowitz* erhalten.

Digitized by Google

vom Lebensalter, von der Dauer der Verordnung und von der Grösse der Tagesdosen liess sich auch auf Grund der neueren Beobachtungen nicht feststellen oder überhaupt nur vermuthen.

Der hier beobachtete letal verlaufene Fall bleibt mit der absoluten Menge des verabreichten Sulfonal weit zurück hinter einer grossen Anzahl anderer Fälle, die Vergiftungserscheinungen nicht boten. Bei den beiden anderen Fällen war die überhaupt verordnete Menge allerdings grösser, vertheilte sich aber unter strenger Durchführung öfterer mehrtägiger Unterbrechungen auf einen grösseren Zeitraum, überstieg nie die Tagesdosis von 3 g und erreichte somit bei Weitem nicht die von der Pharm. germ. III gestattete arzneiliche Tagesgabe von 8 g, die wohl überhaupt kaum jemals erreicht worden ist und hoffentlich bei einer neuen Ausgabe des Arzneibuchs geeignete Abänderung erfahren wird.

Besonders erwähnt möge noch eine Mittheilung *Erlenmeyer*'s werden, die bisher noch von keiner Seite Unterstützung, aber auch keine Widerlegung gefunden hat. Da Sulfonal unzweifelhaft die Psyche zu schädigen vermöge, dement mache, so räth er, nicht nur in Bezug auf Einzeldosis, die nie 2 g überschreiten sollte, sondern auch in Bezug auf fortgesetzte Verabreichung kleiner Dosen zu grosser Vorsicht. Unterstützt wird er darin von *Dehio*, der ebenfalls berichtet, dass bei längerem Gebrauch von Sulfonal Demenz eintrete, die zu dauernder Schädigung führe. Demgegenüber constatire ich, dass trotz der jedenfalls weitgehenden Verwendung von Sulfonal bei den Kranken hiesiger Anstalt und trotz der wesentlich längeren Erfahrung eine derartige Beobachtung bisher nicht gemacht ist. Schon an und für sich bilden unsere mit grösseren Gaben Sulfonal behandelten Krankheitsfälle ihrer Form nach ein in dieser Hinsicht prognostisch ungünstiges Material; aber der raschere und stärkere Eintritt von Demenz ist nie bemerkt worden. Eine periodisch-maniakalische Frau erhielt innerhalb eines Zeitraums von 91 Tagen an 71 Tagen 128 g Sulfonal und genas. Eine Frau mit acuter hallucinatorischer Paranoia bekam sogar innerhalb 156 Tagen an 84 Tagen 218 g und konnte gesund entlassen werden, und eine melancholische Frau genas ebenfalls völlig, die innerhalb 238 Tagen an 104 Tagen 152 g Sulfonal erhalten hatte. Von den übrigen überhaupt in Betracht kommenden Kranken gehörte keiner zu den muthmaasslich heilbaren.

Digitized by Google

In richtiger Weise, nach *Kast*'s Vorschrift in Wasser gelöst, oder wie es hier stets und mit gutem Erfolge gehandhabt wird, mit 200 g Flüssigkeit zusammen, bedarf das Sulfonal hoher Gaben niemals, um vollauf befriedigende Wirkung zu erzielen. Vielleicht in Folge der stets gleichzeitig verordneten Bettruhe haben 1—3 g in refr. dos. pro die hier stets ausgereicht; nur in ganz seltenen Fällen und auch nur auf einzelne Tage mussten 4—5 g verordnet werden. Die sonst oft beobachtete Verschlechterung des Appetits nach Sulfonal blieb übrigens aus, wenn dasselbe, wie ich es bei Kranken, welche die Arzneien zurückwiesen oder das Sulfonal erbrachen, oft anwenden liess, per rectum verabreicht wurde. Diese Anwendungsweise kann nur aufs Wärmste empfohlen werden, da auch die Wirkung des Sulfonal viel prompter zu sein pflegt, als bei der Einführung per os; ich gebe es fein pulverisirt in etwa 50 g einer lauwarmen Gummilösung vermittelst des *Hegar*'schen Trichters, indem noch ca. 50 g lauwarmes Wasser zum Abspülen der an der Schlauchwand haften gebliebenen Theilchen nachgegossen werden.

Dass trotz weitgehender Verwendung von Sulfonal an hiesiger Anstalt Vergiftungen mit ernstem Ausgang mit der einen Ausnahme bisher sonst nicht vorgekommen waren, ist wie ich glaube nur dem Umstande zuzuschreiben, dass grosse Dosen nicht verordnet wurden, und dass es niemals unterlassen ist, das Sulfonal sofort auszusetzen, sobald eine genügende Beruhigung eingetreten war. Die von *Goldstein* geäusserte Hoffnung, dass man wohl kaum je eine Vergiftung durch Sulfonal beobachten würde, wenn man bei längerer Darreichung in geeigneten Zwischenräumen eine 2 bis 3tägige Pause eintreten lasse, hat sich aber jedenfalls nicht immer als untrügerisch gezeigt. Selbst 8 und 12tägige Unterbrechungen erwiesen sich in zweien meiner Fälle nicht ausreichend, um den Eintritt der bedenklichen Wirkung des Sulfonal zu verhindern. Jetzt, wo es bekannt ist, dass sich bei einzelnen Individuen eine Idiosyncrasie gegen Sulfonal findet, ist darum eine um so grössere Sorgfalt auf die beständige Controlle der Färbung des Urins und der anderen Vergiftungssymptome zu verwenden. Dann ist zu hoffen, dass die Mittheilungen über Fälle chronischer Sulfonalintoxication mit letalem Ausgang keinen weiteren Zuwachs erfahren werden, zum Besten der unserer Pflege unterstellten

Digitized by Google

Kranken und zur Erhaltung des bisherigen guten Rufes des Sulfonal.

b. Trional und Tetronal.

Die 36jährige Kranke X. wurde, nachdem sie 1/4 Jahr vorher erkrankt war, Ende Mai 1890 in hiesige Anstalt aufgenommen. Die anfänglich melancholische Erkrankung ging allmälig in Verwirrtheit mit hochgradigen unregelmässig eintretenden Erregungszuständen über. Die Kranke zeichnete sich schon von Beginn an durch eine ungeheure Widerstandskraft gegen Sulfonal und eine auffällige Idiosynkrasie gegen Chloralhydrat aus; sie erhielt nämlich bereits früher innerhalb 41 Tagen an 35 Tagen 106 g Sulfonal, an 12 Tagen hintereinander täglich 4 g Sulfonal, ohne irgend eine unangenehme Begleiterscheinung, aber leider auch ohne hinreichend beruhigende Wirkung; Chloralhydrat wirkte bei ihr nie ohne mehrstündiges anfängliches Exeitationsstadium. Nachdem sie bereits seit Mitte September 1892 Sulfonal nicht mehr bekommen hatte und vom 10. October bis zum 9. December, also innerhalb 60 Tagen, mit 53 g Tetronal und vom 10. bis zum 23. December mit 12 g Trional mit gutem Erfolge behandelt worden war, erhielt sie nach einer dann folgenden arzneifreien Zeit von 13 Tagen vom 6. bis zum 13. Januar, also innerhalb eines Zeitraums von 8 Tagen, 7 g Trional und 5 g Sulfonal. Am 13. wurde an der Kranken eine auffällige livide Färbung der Fingernägel bemerkt und deshalb, da gleichzeitig hinreichende Beruhigung eingetreten war, jede Medication ausgesetzt. Erst am 18. erhielt die Kranke 2 mal 1 g Trional. Der am 19. Morgens entleerte Harn zeigte eine abnorm dunkle Farbe. Er war in dünneren und mittleren Schichten orangeroth, zeigte gleichen Schaum, kein Sediment und reagirte stark sauer. Das specifische Gewicht war 1025. Er enthielt kein Eiweiss und Zucker und änderte seine Farbe auf Zusatz von Essig-, Salz- und Salpetersäure nicht wesentlich. Ammoniak und Kalilauge machten ihn heller. Zusatz von Kalilauge und Kupferlösung bewirkte in der Kälte schmutzige Verfärbung, die nach Erhitzen in reines Schwarz überging. Schon nach wenigen Tagen zeigte er alkalische Reaction und war intensiv dunkelbraunroth, in dicker Schicht schwarz geworden. Der am 21. entleerte Urin war dunkler, rothbraun, enthielt viel Sediment und zeigte dieselben Reactionen, nur lieferte Ammoniakzusatz einen hellen flockigen Niederschlag. — Allmälig wurde der Urin heller und hellte sich schliesslich ganz auf. Am 29. erforderte die stärker einsetzende Erregung irgend ein Sedativum; es wurde Abends 1 g Trional gegeben. Der am 30. Morgens entleerte Harn zeigte keine Besonderheiten; aber der Morgenharn des folgenden Tages war abnorm dunkel gefärbt. Er war dunkelbraunroth, in dünner Schicht orange, reagirte stark sauer und enthielt viel Sediment. Salpetersäure und Eisenchlorid färbten ihn dunkler. Nach Zusatz von Ammoniak und beim Kochen mit Natronlauge bildeten sich weisse Flocken. Zucker, Eiweiss, Indican, Urobilin und Melanin

Digitized by Google

waren nicht vorhanden. Die spectroskopische Untersuchung, welche vorzunehmen Herr Geheimrath Professor Dr. *Quincke*, Kiel, die Liebenswürdigkeit hatte, ergab dieselben Absorptionsstreifen wie in dem obenbeschriebenen Falle von Sulfonalvergiftung, nur etwas verwaschener. — Die Kranke erhielt seitdem keine Arzneien mehr. Die Körperkräfte der ohnehin decrepiden Kranken nahmen ab, ohne dass in den körperlichen Functiouen sich besondere Erscheinungen ausser einer Herabsetzung des Appetits gezeigt hätten. Die Temperatur blieb dauernd normal. Der Puls war schon seit Monaten beschleunigt und klein, 100—120 p. M., und nahm später zu bis 140 p. M. In den nächsten Tagen verlor die Kranke das Bewusstsein, delirirte leicht, liess schliesslich unter sich gehen und starb am 13. Februar. — Die Section wurde leider nicht gestattet.

Meines Wissens ist dies der erste Fall, bei dem nach Anwendung von Trional unangenehme Wirkungen sich zeigten. Auffallend ist nun aber die hochgradige Uebereinstimmung der chemischen Reactionen und physikalischen Eigenschaften des Harns mit denen, die bei Sulfonalvergiftung gefunden wurden. Der Umstand indess, dass seit über 4 Monaten nur 5 g Sulfonal gegeben waren, lässt die Vermuthung, die Symptome allein als die Wirkung des verordneten Sulfonal anzusehen, doch nicht gerade wahrscheinlich erscheinen. Da in den letzten Wochen vor dem Tode fast ausschliesslich Trional verordnet wurde, wird vielmehr der Gedanke nahe gelegt, dass es sich um eine Folge der Verwendung dieses Arzneimittels handele. Da aber innerhalb eines Zeitraumes von 51 Tagen an 24 Tagen nur 22 g Trional (+ 5 g Sulfonal) — also durchschnittlich täglich die für Trional kleine Menge von nicht 1 g — an 27 Tagen dagegen kein Hypnoticum gegeben war, wird man doch wohl kaum dem Trional, obwohl es unmittelbar vor Eintritt der abnormen Erscheinungen gegeben war, die Schuld an denselben beimessen dürfen. Ziehen wir nun aber in Betracht, dass die Kranke nacheinander mit Sulfonal, Tetronal und Trional — allerdings nicht ununterbrochen, sondern stets mit geeigneten arzneifreien Zwischenräumen — behandelt wurde, diese Körper aber, ausser der gleichen hypnotischen Wirkung, sich durch eine äusserst ähnliche chemische Constitution auszeichnen, so liegt die Annahme nahe, dass die bisher nur bei einem derselben, beim Sulfonal, beobachtete, den Organismus nach längerer Zeit der Anwendung schädigende Eigenschaft, auch von den übrigen getheilt wird. Der deletäre Einfluss des zuerst angewendeten Körpers ist

Digitized by Google

von den beiden uachfolgenden weitergeführt worden, bis eine restitutio ad integrum, trotz Aussetzens des Mittels nicht mehr möglich war. Auf diese Weise würden die Beobachtungen am leichtesten eine Erklärung finden. Ob Trional und Tetronal nach länger fortgesetzter Anwendung auch einzeln diese Eigenschaften besitzen, werden Zeit und weitere Beobachtungen lehren. Der vorliegende Fall mahnt jedenfalls bei Verordnung dieser Mittel zur Vorsicht.

Im Verlaufe des vorstehenden Falles wurde der Eintritt einer eigenthümlichen lividen Verfärbung der Fingernägel beobachtet und zwar nach einer gleichzeitigen Verordnung von Trional und Sulfonal zu 7 resp. 5 g innerhalb eines Zeitraums von 5 Tagen. Die Vermuthung, diese Erscheinung auf die combinirte Verordnung dieser Arzneimittel zurückzuführen, findet ihre Unterstützung in einer Beobachtung auf einer der hiesigen Männerabtheilungen. Hier war längere Zeit Trional in täglichen Dosen von 2 g gegeben worden. Als nun 6 Tage lang täglich 2,5 g Sulfonal und dann 3 Tage lang je 1 g Trional gegeben war, trat eine livide Färbung sämmtlicher Fingernägel ein, die nach Aussetzen des Mittels in 2 Tagen verschwunden war. Auffallend bleibt es, dass seitdem, trotz wiederholten Wechsels mit Sulfonal und Trional, die erwähnte Erscheinung bei diesem Kranken nicht wieder eintrat. Es ist indessen zu beachten, dass seitdem bei diesem Kranken stets nur kleine Mengen der Mittel, nur 1 g pro die gegeben wurden.

Mehr, als einen Beitrag zur Casuistik durch Mittheilung dieser Beobachtung zu liefern, ist nicht meine Absicht.

Meinem verehrten Chef, Herrn Sanitätsrath Dr. *Paetz*, sage ich für die gütige Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit auch hier meinen besten Dank.

Literatur.

Breslauer, Wien. med. Bl. 1891. No. 1.
Salkowski, Zeitschr. f. physiol. Chem. 1891. Bd. 15.
Jolles, Intern. klin. Rundsch. 1891. No. 49, 50.
Quincke, Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 36.
Kast, Archiv f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 31.
Schäffer, Ther. Monatsh. 1893. 2.

Digitized by Google

Friedenreich, Hosp. tid. 1892. 3. R. X. 28.
Helweg, Hosp. tid. 1892. 3. R. 39.
Paulli, Hosp. tid. 1892. 3. R. 28.
Fürst, Intern. klin. Rundsch. 1891. 48—51.
Stoevis, Nederl. Tydschr. v. Geneesk. 1889. II.
Hammarsten, Nord. Arch. f. Phys. 1892.
Fehr, Hosp. tid. 1891. 3. R. Bd. IX.
Knaggs, Brit. med. Journ. 1890. X.
Rehm, Berl. klin. Wochenschr. 1889. 17.
Neisser, Deutsche med. Wochenschr. 1891. 21.
Umpfenbach, Ther. Monatsh. 1890. 2.
Erlenmeyer, *Erlenm.*'s Centralbl. 1889. 23.
Dehio, St. Petersb. med. Wochenschr. 1890. 33.
Kast, Therap. Monatsh. 1888. 7.
Goldstein, Deutsche med. Wochenschr. 1892. 43.

Digitized by Google

Statistische Betrachtungen über Ausbruch, Verlauf, Dauer und Ausgang der allgemeinen Paralyse nebst eingehender Berücksichtigung der Befunde an der Leiche, namentlich an den Lungen, jedoch mit Ausschluss des Centralnervensystems.

Von
Dr. **Th. Kaes** in Hamburg (Friedrichsberg).

Ehe ich auf die Behandlung des Themas näher eingehe, muss ich betonen, dass wir keineswegs beanspruchen dürfen, wie ich bereits in der Einleitung meiner Arbeit über die Aetiologie der allgemeinen Paralyse ausgesprochen, die angeregten Fragen definitiv lösen zu wollen oder zu können. Ich möchte derartige Arbeiten eher mit einer Skizze vergleichen, welche unter der verbessernden Hand des Künstlers erst nach wiederholten Umänderungen der Anlage und Ausführung der Details die definitive Gestaltung des vollendeten Kunstwerkes erkennen lässt. Zumal bei dem Aufbau und der Gestaltung eines Krankheitsbildes, die sich aus einer langen Reihe von Einzelbeobachtungen Vieler herausentwickeln, darf der Statistiker, welcher von Zeit zu Zeit das Facit aus jenen Einzelbeobachtungen zieht, sich begnügen, wenn es ihm gelingt, einzelne Punkte ihrer Lösung näher zu bringen und somit dem gesammten Krankheitsbilde zu grösserer Klarheit und Schärfe zu verhelfen.

Darin, dass wir uns bei unserem jetzigem Thema fast ausschliesslich auf die Beobachtungen von fachgebildeten Aerzten stützen können, während wir bei der Aetiologie vielfach auf die unsicheren und ungenauen Angaben von Laien angewiesen waren, dürfte die Gewähr liegen, dass die vorliegende Arbeit reichlichere und zuverlässigere Resultate liefern wird als die erste. Gleichwohl

Digitized by Google

war auch jene Arbeit keineswegs eine nutzlose, da, wie ich glaube, auch in der Aetiologie so mancher Punkt, dessen Klarstellung bisher keineswegs noch für gesichert galt, durch meine Berechnungen eine neue Stütze fand; ich erinnere in dieser Beziehung an die wellenförmige Bewegung der Paralyseaufnahmen der letzten zwei Jahrzehnte in Reichsdeutschland, dann an die viel gleichmässigere Theilnahme der einzelnen Berufsarten, namentlich in den niederen Ständen, als man bisher anzunehmen geneigt war, ferner an das ausschliesslich auf Syphilis beruhende Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes zwischen dem 26.—29. Lebensjahre, endlich an die grosse Anzahl der kinderlosen Ehen Paralytischer. Die Hauptfrage, das Verhältniss der Syphilis zur Paralyse, wurde der Klarstellung nicht näher gebracht. Die Zahl derjenigen, welche Syphilis durchgemacht, war in den Journalen zu gering angegeben. In dieser Auffassung werde ich bestärkt durch meine eigenen, in den späteren Jahren bei den Männern gemachten Beobachtungen. Bei der Trunksucht dürfte das Verhältniss günstiger liegen. Nehmen wir die dafür gefundenen Zahlen als den thatsächlichen Verhältnissen naheliegend an, dann ergiebt sich die weitere Folgerung, dass der Trunksucht keineswegs jene überwiegende ätiologische Bedeutung zukommt, welche ihr manche französische Forscher zuzuschreiben geneigt sind. Schwieriger gestaltet sich die Frage, ob man die Hinter- und Seitenstrangsklerosen als veranlassende Ursache oder als Complication der allgemeinen Paralyse zu betrachten hat. Manche Autoren gehen dieser Frage dadurch aus dem Wege, dass sie die Sklerosen in beiden Capiteln aufführen. Es lässt sich nicht läugnen, dass das Bestreben, die allgemeine Paralyse und die Hinterstrangsklerose auf die gemeinsame Quelle der Syphilis zurückzuführen, in neuerer Zeit ein allseitiges ist. Der statistische Nachweis ist jedoch für die Paralysefälle aus den niederen Ständen noch nicht in überzeugender Weise geliefert. Zur weiteren Klärung dieser Fragen werde ich auch in der Folge diejenigen Fälle, welche mit Trunksucht, Syphilis und Tabes complicirt sind, besonders hervorheben.

Ausbruch, Prodromalstadium.

Da, wie *Mendel*[1]) bemerkt, der Ausbruch der progressiven Paralyse fast nie ein plötzlicher, sondern mit sehr seltenen Aus-

[1]) Die progressive Paralyse der Irren. S. 258.

Digitized by Google

nahmen ein allmäliger, langsam sich vorbereitender ist, so leuchtet es ein, dass der Termin von der Constatirung des ersten Krankheitszeichens bis etwa zum Eintritt in eine Anstalt nur in den allerseltensten Fällen genau bestimmt werden kann. Am günstigsten dürften die Umstände liegen, wenn ein psychiatrisch gebildeter Hausarzt einen derartigen Kranken schon seit Jahren in seinen Lebensgewohnheiten genau kennt, so dass er auch die geringfügigen Aenderungen im Charakter und im ganzen Gebahren des Kranken, womit die Paralyse langsam und schleichend einzusetzen pflegt, nicht übersieht. Die Aerzte in den Irrenanstalten sind bei ihren anamnestischen Erhebungen nur äusserst selten in der Lage den Zeitpunkt des Einsetzens der ersten Krankheitserscheinungen genau zu bestimmen, mit festen Zeiträumen können sie erst dann rechnen, wenn der Kranke bereits der Anstaltspflege übergeben wurde und selbst von diesem Termine an verlieren sie eine Anzahl von Kranken, nämlich diejenigen, welche aus irgend welchen Gründen die Anstalt verlassen und nicht mehr in dieselbe zurückkehren, wieder aus den Augen.

Ascher[1]) verzichtete aus diesen und ähnlichen Gründen auf die Feststellung der ersten Zeichen der Erkrankung, er entschloss sich, von der Zeit an den Beginn der Erkrankung zu rechnen, wo schon die Angehörigen einsahen, dass es mit dem Patienten nicht mehr ganz in Ordnung sei. Ich bin nach gleichen Principien verfahren und habe die dazu geeigneten Fälle nach *Ascher*'s Schema in 2 Tabellen zusammengestellt.

Tabelle I.

Alter zur Zeit des Todes.	Durchschnittl. Dauer der Krankheit vom Auftreten d. ersten deutl. Symptome an gerechnet in Monaten.	Anzahl der benutzten Fälle.	Durchschnittl. Dauer der Krankheit vom Auftreten d. ersten deutl. Symptome an gerechnet in Monaten.	Anzahl der benutzten Fälle.
Jahre	Männer		Weiber	
20—30	— (23 Monate)	— (10)	8,6	3
30—35	21,8 (25¼ -)	6 (42)	18,3	3
35—40	28,3 (23 -)	11 (66)	22,0	8
40—45	26,8 (27¼ -)	15 (80)	19,1	20
45—50	39,6 (25 -)	6 (55)	30,4	5
50—55	33,9 (30 -)	9 (32)	21,5	8
55—60	45,0 (32½ -)	11 (17)	16,5	8
(60—70	77,0 (11¾ -)	1 (3)	32,0	2)
	34,05 (26 Monate)	59 (305)	21,05	57

[1]) Diese Zeitschrift. Bd. 41. S. 3.

Digitized by Google

Tabelle II.

Alter zur Zeit des Todes.	Durchschnittliche Dauer der Anstalstbehandlung.			Anzahl der zu dieser Berechnung benutzten Fälle.		
	Dalldorf.	Friedrichsberg.		Dalldorf.	Friedrichsberg.	
	M.	M.	F.	M.	M.	F.
20–30 Jahre	8⅔	14,8	13,6	15	11	12
30—35 -	14½	11,8	13,9	74	64	32
35—40 -	12½	13,5	18,8	146	182	31
40–45 -	15	16,7	14,9	161	176	50
45—50 -	16	18,8	14,5	138	150	38
50—55 -	16¼	26,2	15,3	74	110	25
55—60 -	13	17,9	18,4	31	48	30
(60—70 -	7¼	27,0	6,4	4	20	8)
	14½	18,6	14,3	643	761	225

Die Tabelle I giebt die durchschnittliche Dauer der Erkrankung vom Auftreten der ersten deutlichen Symptome bis zum Tode, die von *Ascher* für die Dalldorfer Männer berechneten Zahlen sind in Klammern beigegeben. Die Tabelle II ergiebt die durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung, wobei Dalldorf gleichfalls berücksichtigt wurde. Die durchschnittliche Prodromalzeit würde sich demnach durch Abzug der in der Tabelle II von den in der Tabelle I berechneten Zahlenwerthen ergeben. Vergleicht man die von *Ascher* und mir gefundenen Mittelwerthe, so fällt vor allem die grosse Annäherung in Bezug auf die durchschnittliche Anstaltsbehandlungsdauer auf. Den 14,6 Monaten bei den Männern in Dalldorf stehen 18,6 Monate bei den Friedrichsberger Männern entgegen, so dass die Differenz 4 Monate beträgt, während sich die Durchschnittszahl 14,3 bei unseren Frauen fast mit der der Dalldorfer Männer deckt. Weit grössere Unterschiede zeigen die Durchschnittswerthe der Tabelle I.

Es stehen nämlich einer Gesammtdurchschnittsdauer vom Zeitpunkte der ersten deutlichen Krankheitserscheinungen bis zum Tode den 26 Monaten bei den Dalldorfer Männern 34,05 Monate bei den Männern in Friedrichsberg gegenüber, was eine Differenz von 8 Monaten ergiebt, diese Differenz steigert sich auf 13 Monate, wenn man die Friedrichsberger Männer und Frauen unter sich vergleicht, während sie sich beim Vergleiche der Dalldorfer Männer und der Friedrichsberger Frauen auf nur 5 Monate reducirt.

Digitized by Google

Abgesehen von der Altersgruppe 60—70 fand *Ascher* die durchschnittliche Krankheitsdauer zwischen 23 und 32½ Monaten schwankend, während meine Berechnung die Zahlen 21,8 und 45,0 für die Männer sowie 8,6 und 30,4 für die Frauen ergiebt.

Wenn *Ascher*[1]) ferner fand, dass die durchschnittliche Krankheitsdauer in den Gruppen 20—35 sowie 35—50 nur einen verhältnissmässig geringen Unterschied zeigte, während für das spätere Mannesalter sich ein grösserer Unterschied bemerklich machte, so finde ich in den 3 Gruppen bei den Männern einen allmäligen Anstieg mit zunehmendem Alter, während bei den Frauen die erste Gruppe eine niedere, die beiden anderen Gruppen höhere, doch unter sich wenig verschiedene Durchschnittszahlen ergeben.

Sucht man schliesslich aus obigen Zahlen ein Durchschnittsprodromalstadium zu berechnen, so stellt sich dieses für Friedrichsberg bei den Männern auf 13½, bei den Frauen auf 7½ Monate, denen die Dalldorfer Männer mit 11½ Monaten gegenüberstehen. Das Ergebniss dieser Betrachtung wäre sonach, dass sich die Zeit vom ersten deutlichen Krankheitszeichen bis zum Anstaltseintritt im Durchnitt bei den Männern auf ein Jahr stellt, während bei den Frauen die Wahrscheinlichkeit besteht, dass dieser Zeitraum etwas kürzer sein dürfte, jedenfalls ist er länger als ein halbes Jahr.

Anders verhält sich die Sache, wenn es sich um eine direct schädigende Ursache wie Kopfverletzungen, syphilitische Infection handelt. Hier lässt sich die Intervalle zwischen der Schädigung und dem Tode genau feststellen und durch Abzug der Anstaltsbehandlungsdauer die latente Periode genau berechnen. Es ist somit anzunehmen, dass bei dieser Art von Rechnung die Resultate zuverlässiger und genauer werden als bei der früheren.

Bei den Kopfverletzungen war ich in der Lage bei 27 Männern und 6 Frauen diese Zeiträume zu bestimmen, wobei ich natürlich jene Fälle nicht berücksichtigte, in denen die Kopfverletzungen mit der bereits bestehenden Krankheit nur irgendwie in Beziehung zu bringen waren.

---

[1]) l. c. S. 6. Tabelle III.

Digitized by Google

Tabelle III.

Alter zur Zeit des Todes.	Vom Zeitpunkt der Verletzung bis zum Tode.		Dauer der Anstaltsbehandlung.		Zahl der benutzten Fälle.	
	M.	F.	M.	F.	M.	F.
20—30 Jahre	—	—	—	—	—	—
30—35 -	110	88	8,0	22,0	2	2
35—40 -	48,5	16	21,5	12,0	8	1
40—45 -	93,0	—	15,0	—	4	—
45—50 -	37,7	—	17,0	—	4	—
50—55 -	95,0	68,0	34,8	7,0	6	1
55—60 -	67,0	41,0	1,0	29,0	2	1
[60—70 -	76,0	51,0	16,0	3,0	1	1]
	75,3	52,8	17,2	14,6	27	6

Bei der geringen Anzahl der Fälle müssen die Ergebnisse vorsichtig aufgefasst werden. Mit dieser Reserve finden wir, dass die durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung bei den Männern sowohl als wie bei den Frauen von den schon früher gefundenen Zahlen differirt, dass ferner bei den Männern die durchschnittliche Zeit von der Verletzung bis zum Tode gerechnet das Vierfache der Zeit der Anstaltsbehandlung beträgt, während sich bei den Frauen dieser Zeitraum mit dem 3,6fachen nur wenig geringer stellt. Hervorzuheben ist auch die relative Uebereinstimmung, die sich bei Männern und Frauen in den einzelnen Altersgruppen in den beiden ersten Rubriken findet.

Ascher[1]) fand bei 58 Fällen, bei denen ein Trauma capitis der Krankheit voraufgegangen war, eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 32 und eine durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung von $14^4/_5$ Monaten.

Bei der Syphilis will ich auf eine tabellarische Zusammenstellung verzichten. Es gelang mir zwar bei nahezu zwei Drittel der Syphilitischen den Zeitpunkt der Infection sicher oder nahezu sicher zu bestimmen, verwendbar sind die in den Krankengeschichten niedergelegten Angaben deshalb nur bedingt, weil sie sich vielfach auf die unsicheren Angaben der Kranken selbst stützen. Das Resultat einer Probetabelle ist folgendes: Männer und Frauen stimmen fürs Erste in dem Punkte überein, dass der Zeitraum zwischen Primäraffect und Tod mit dem steigendem Alter eine ziemlich regel-

[1]) l. c. S. 27.

Digitized by Google

mässige Steigerung erfährt, bei den Männern bewegen sich die Durchschnittszahlen zwischen 5,0 und 31,1 Jahren, bei den Frauen zwischen 8,1 und 33,5. Dementsprechend ist auch die Gesammtdurchschnittszahl bei den Männern 16,5, bei den Frauen 21,6 Jahre. Ein wesentlicher Unterschied der beiden Geschlechter besteht darin, dass die Durchschnittszahlen bei den Frauen vom 20. bis zum 60. Jahre in ununterbrochener progressiver Steigerung wachsen, während bei den Männern dieser Typus nur bis zum 50. Jahre reicht. Von hier an steigt die Durchschnittszahl plötzlich von 19,0 auf 31,1, um dann für die Altersgruppe 55—60 wieder auf 24,7 zurückzusinken. Bei *Ascher*[1]) schwankte der Zeitraum zwischen dem Auftreten der primären Symptome constitutioneller Syphilis und der Erkrankung an allgemeiner Paralyse in 33 Fällen zwischen 4 und 29 Jahren, was sich nicht wesentlich von unserer Berechnung unterscheidet. Als zweiten Punkt muss ich auf die relativ lange Dauer des Anstaltsaufenthaltes der Frauen bei dieser Gruppe hinweisen. Die Durchschnittszahl berechnete sich bei den Männern auf 16,7, bei den Frauen auf 23,2 Monate. Bei den Frauen stellt sich sonach der durchschnittliche Anstaltsaufenthalt auf 8,9 Monate mehr gegenüber dem Gesammtdurchschnitt von 14,3, während er bei den Männern um 1,9 Monate hinter der Gesammtzahl von 18,6 zurückbleibt. Interessant ist auch noch der Umstand, dass die für die Männer von Dalldorf und Friedrichsberg berechnete Zahl des Durchschnittsanstaltsaufenthaltes fast auf die Decimale der für die Friedrichsberger syphilitischen Männer entspricht, nämlich 16,6 : 16,7.

Als Uebergang zu den Betrachtungen über Verlauf und Dauer der allgemeinen Paralyse möchte ich die Frage mit einigen Worten streifen, wie sich die Aufnahmeverhältnisse in den einzelnen Monaten gestalten, speciell ob sich hier gegenüber den anderen Psychosen nennenswerthe Unterschiede ergeben. (Siehe umstehende Tabelle IV.)

Vergleichen wir die einzelnen Monate unter einander, so ergeben sich recht beträchtliche Unterschiede, doch besteht eine ausgesprochene Uebereinstimmung zwischen sämmtlichen Psychosen und der Paralyse allein, obgleich letztere mit 15,48 pCt. nur einen

[1]) l. c. S. 22.

Digitized by Google

Tabelle IV.

Monat.	Männer.				Frauen.				Beide Geschlechter.			
	Sämmtliche Psychosen	pCt.	Paralytiker	pCt.	Sämmtliche Psychosen	pCt.	Paralytiker	pCt.	Sämmtliche Psychosen	pCt.	Paralytiker	pCt.
Januar . .	403	8,2	60	5,78	331	8,6	17	1,64	734	8,4	77	7,42
Februar . .	336	6,8	56	5,39	286	7,4	18	1,73	522	7,1	74	7,12
März . . .	377	7,7	65	6,26	353	9,1	19	1,83	730	8,4	84	8,09
April . . .	456	9,3	69	6,64	334	8,6	22	2,12	790	8,9	91	8,76
Mai . . .	469	9,5	85	8,19	368	9,5	21	2,02	837	9,5	106	10,21
Juni . . .	458	9,3	63	6,07	338	8,7	26	2,5	796	9,0	89	8,57
Juli . . .	452	9,2	62	5,97	330	8,5	20	1,93	782	8,8	82	7,9
August . .	396	8,2	54	5,2	294	7,6	17	1,64	690	7,9	71	6,84
September .	406	8,4	45	4,33	282	7,4	13	1,25	688	7,9	58	5,58
October . .	396	8,2	44	4,23	319	8,2	19	1,83	715	8,2	63	6,06
November .	422	8,8	70	6,74	309	8,0	16	1,54	731	8,4	86	8,28
December .	423	8,8	65	6,26	304	7,9	18	1,64	727	8,3	82	7,9

relativ geringen Bruchtheil aller Zugänge darstellt, auch wenn man beide Geschlechter für sich betrachtet, fällt diese Uebereinstimmung in die Augen, am deutlichsten geschieht dies, wenn man die sämmtlichen Procentsätze für die einzelnen Monate in Curven einträgt, man findet alsdann, dass der Grundcharakter der Curve bei den 6 Variationen der gleiche bleibt; dass die Paralytiker stärkere Auszackungen zeigen, hängt einzig mit der geringeren Zahl der Fälle zusammen. Die meteorologischen Verhältnisse bei den Aufnahmen lassen sich in der Weise zusammenfassen, dass bei beiden Geschlechtern das Minimum der Aufnahmen im September zu suchen ist, während sich das Maximum, zu dem ein stufenweiser allmäliger Anstieg erfolgt, im Monat Mai zu finden ist. Bei sämmtlichen Psychosen mit Einschluss der Paralyse geht also dem Maximum der lange, für die unteren Volksklassen entbehrungsreiche Winter vorher, während die Sommermonate den Menschen widerstandsfähiger gestalten, so dass das Minimum genau mit dem Eintritt der Herbstzeit zusammenfällt, bei den Frauen zeigen sich kleine Verschiebungen, doch weichen auch diese von dem Gesammtbilde nicht allzusehr ab.

Verlauf und Dauer.

Auch in diesem Kapitel habe ich mich insofern möglichst enge an ***Ascher*** angeschlossen, als ich dessen fünf Untergruppen der

Digitized by Google

hervorragensten Symptome der psychischen Störung bei Paralyse adoptirte, wobei ich mich vollkommen der Motivirung *Ascher*'s anschliesse. *Ascher*[1]) giebt zu, dass eine derartige Gruppirung einen Anspruch auf grosse Genauigkeit nicht machen könne, es möge aber der Versuch einer derartigen Eintheilung gestattet sein, um nicht auf eine Eintheilung überhaupt verzichten zu müssen. Unter diesen Voraussetzungen habe ich zunächst sämmtliche mit Tod abgegangene Paralysefälle in einer Tabelle zusammengestellt, in welcher neben der durchschnittlichen Dauer der Anstaltsbehandlung in den verschiedenen Untergruppen und Altersklassen fürs Zweite auch die procentuelle Betheiligung der einzelnen Altersklassen an den 5 Untergruppen berücksichtigt wurde. (Siehe umstehende Tabelle V.)

Betrachten wir zunächst die Betheiligung nach Procenten an den einzelnen Untergruppen, so finden wir recht erhebliche Schwankungen, wenn wir das Gesammtdurchschnittsresultat beider Geschlechter vergleichen, dagegen eine ziemliche Uebereinstimmung, wenn wir bei den einzelnen Gruppen die Antheile der beiden Geschlechter unter sich vergleichen. Die stärkste Betheiligung (34,1 pCt.) zeigen die vorwiegend Erregten, die 4 übrigen Gruppen reihen sich paarweise aneinander, mittlere Betheiligung zeigen die gleichmässig Dementen (24,4 pCt.) und die mit wechselnden Depressions- und Erregungszuständen (21.1 pCt.), geringe Betheiligung finden wir einmal bei den vorwiegend Depressiven (11,3 pCt.) und bei denen mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen (9,1 pCt.). Die Differenz zwischen den beiden extremsten Gruppen beträgt 25 pCt. Die Gruppen 1, 2 und 5 zeigen ein geringes Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes, während bei 3 und 4 die Frauen überwiegen. Vergleiche ich meine Resultate mit denen *Ascher*'s[1]), so finde ich einmal bei mir zunächst die Differenz der beiden extremsten Gruppen um 4 pCt, geringer, andrerseits beschränkt sich die Aehnlichkeit nur auf die ziemliche Uebereinstimmung der einen Gruppe der vorwiegend depressiven (10,2 : 11,3). Auch bei *Ascher* finden wir nur eine extrem hohe Gruppe, nämlich die gleichmässig Dementen (39,1 pCt.), während sich die übrigen 4 Gruppen paarweise aneinanderschliessen. Mittlere Betheiligung zeigen bei ihm Gruppe 5

[1]) l. c. S. 9.
[1]) l. c. S. 9.

Digitized by Google

Tabelle V

Gruppe	1. Vorwiegend erregt.					2. Vorwiegend depressiv.				
Alter zur Zeit des Todes.	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
20—30 Jahre . . .	2	5	3	14,3	$10^3/_5$	—	—	—	—	—
30—35 - . . .	32	$7^5/_8$	13	11,5	9,2	5	10,0	2	16,5	11,9
35—40 - . . .	63	7,7	11	13,9	8,6	22	6,0	3	17,0	7,3
40—45 - . . .	55	10,1	21	10,8	10,3	27	14,0	3	8,0	13,4
45—50 - . . .	58	12,1	10	8,5	11,6	17	10,4	6	11,4	10,7
50—55 - . . .	37	11,9	4	10,5	11,8	14	7,5	4	15,4	9,3
55—60 - . . .	8	$10^1/_8$	11	11,3	10,8	5	7,6	2	15,0	9,7
(60—70) - . . .	5	13,2	3	33,0	20,6	2	20,5	—	—	20,5
	260	9,9	76	12,1	10,4	92	10,1	20	13,4	10,7
	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.
20—30 Jahre . . .	2	18,2	3	25,0	21,7	—	—	—	—	—
30—35 - . . .	32	50,0	13	40,6	46,9	5	7,8	2	6,3	7,3
35—40 - . . .	63	34,6	11	35,5	34,7	22	12,1	3	9,7	11,7
40—45 - . . .	55	31,3	21	42,0	33,6	27	15,3	3	6,0	13,3
45—50 - . . .	58	38,7	10	26,3	36,2	17	11,3	6	15,8	12,2
50—55 - . . .	37	33,6	4	16,7	30,6	14	12,7	4	16,7	13,3
55—60 - . . .	8	16,7	11	35,5	24,1	5	10,4	2	6,5	8,9
(60—70) - . . .	5	25,0	3	37,5	28,6	2	10,0	—	—	7,1
	260	34,2	76	33,6	34,1	92	12,1	20	8,9	11,3

mit 19,9 und Gruppe 1 mit 17,3 pCt., geringe Betheiligung fand er bei Gruppe 3 mit 13,4 und Gruppe 2 mit 10,2 pCt.

Eine grössere Uebereinstimmung zeigt sich, wenn wir die durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung bei den einzelnen Untergruppen vergleichen. Nach meiner Tabelle zeigen die Gruppen 1, 2 und 4 eine gleichmässig niedere Durchschnittsziffer, bei Gruppe 5 steigt die Durchschnittszahl auf das Doppelte, bei Gruppe 3 auf das Dreifache der drei ersten Gruppen an. Auch bei *Ascher*[1])

[1]) l. c. S. 11.

Digitized by Google

(Sämmtliche Paralysefälle.)

	3. Erregungs- und Depressionszustände wechselnd.				4. Gleichmässig dement.					5. Mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen.				
Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
4	20¼	2	17,7	19,4	3	9,5	7	8,8	9,0	2	24,5	—	—	24,5
5	25,3	9	23,5	24,1	15	6,9	6	6,0	6,6	7	9,4	2	10,5	9,6
36	25,3	8	40,0	28,0	37	9,7	5	7,4	9,4	24	18,5	4	18,5	18,5
35	31,2	13	24,0	29,3	40	9,7	11	7,1	9,1	19	18,6	2	14,5	16,8
34	25,6	10	24,7	25,4	34	13,4	8	10,6	12,9	7	30,7	4	16,0	25,4
27	43,3	5	36,1	42,2	27	11,6	8	17,6	12,9	5	56,8	3	3⅔	36⅞
10	43,2	4	40¾	41,6	18	13,3	13	8,2	11,2	7	16,7	1	17,0	16,7
5	59,4	1	20,0	52,8	6	17,7	3	11,0	15,5	2	24,5	1	3,0	20,0
156	31,8	52	28,4	31,0	180	11,5	61	9,6	10,7	73	21,6	17	12,9	20,0

Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.
4	36,3	2	16,7	26,1	3	27,3	7	58,3	43,5	2	18,2	—	—	8,7
5	7,8	9	28,1	14,6	15	23,4	6	18,7	21,9	7	11,0	2	6,3	9,4
36	19,8	8	25,8	20,7	37	20,3	5	16,1	19,7	24	13,2	4	10,9	31,1
35	19,9	13	26,0	21,2	40	22,7	11	22,0	22,2	19	10,8	2	4,0	9,3
34	22,7	10	26,3	23,4	34	22,7	8	21,1	22,3	7	4,7	4	10,5	5,9
27	24,6	5	20,8	23,9	27	24,6	8	33,3	26,1	5	4,5	3	12,5	6,0
10	20,8	4	12,9	17,7	18	37,5	13	41,9	39,2	7	14,6	1	3,2	10,1
5	25,0	1	12,5	21,4	6	30,0	3	37,5	32,1	2	10,0	1	12,5	10,7
156	20,5	52	23,0	21,1	180	23,7	61	27,0	24,4	73	9,6	17	7,5	9,1

finden wir Gruppe 3 und 5 mit höheren, sowie die drei übrigen Gruppen mit niederen Durchschnittszahlen, doch kommt jene fast absolute Gleichmässigkeit, die wir bei mir Gruppe 1, 2 und 4 finden, bei *Ascher* den Gruppen 3 und 5 zu. Die Betheiligung der beiden Geschlechter an den einzelnen Gruppen ist bei mir eine ziemlich gleichmässige, nur die Gruppe 5 macht eine Ausnahme mit durchschnittlich 21,6 Monaten bei den Männern gegenüber 12,9 bei den Frauen.

Nunmehr werden wir zu untersuchen haben, ob die mit Alcoholismus, Syphilis und Tabes complicirten Fälle, die ich in nach

Digitized by Google

den gleichen Grundsätzen geordneten Tabellen zusammenstellte, ein ähnliches oder ein von der Gesammttabelle verschiedenes Bild geben und da Letzteres der Fall sein wird, werden wir zu prüfen haben, worin dieser Unterschied zu suchen ist. Soweit ich vermag, werde ich auch im Folgenden meine Resultate mit denen *Ascher*'s vergleichen.

Tabelle VI.

Gruppe	1. Vorwiegend erregt.					2. Vorwiegend depressiv.				
Alter zur Zeit des Todes.	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
20—30 Jahre . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30—35 - . . .	6	6,0	3	14,0	$8^2/_3$	—	—	—	—	—
35—40 - . . .	12	10,0	3	21,0	12,2	3	4,0	—	—	4,0
40—45 - . . .	9	8,0	3	2,5	$6^5/_8$	5	18,0	1	10,0	$16^2/_3$
45—50 - . . .	14	16,0	—	—	16,0	2	1,5	—	—	1,5
50—55 - . . .	5	21,5	1	3,0	18,5	3	7,0	—	—	7,0
55—60 - . . .	2	6,5	1	2,0	5,0	1	6,0	—	—	6,0
(60—70) - . . .	—	—	1	35,0	35,0	1	17,0	—	—	17,0
	48	11,9	12	12,9	12,1	15	9,9	1	10,0	9,9

	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.
20—30 Jahre . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30—35 - . . .	6	66,7	3	50,0	60,0	—	—	—	—	—
35—40 - . . .	12	37,5	3	75,0	41,7	3	9,4	—	—	8,3
40—45 - . . .	9	28,1	3	27,3	27,9	5	15,6	1	9,1	13,9
45—50 - . . .	14	41,2	—	—	38,9	2	5,9	—	—	5,6
50—55 - . . .	5	26,3	1	50,0	28,6	3	15,8	—	—	14,3
55—60 - . . .	2	28,6	1	50,0	33,3	1	14,3	—	—	11,1
(60—70) - . . .	—	—	1	50,0	20,0	1	33,3	—	—	20,0
	48	34,8	12	41,4	35,9	15	10,9	1	3,4	9,6

Auch unter den Trinkern sind bei der Procentvertheilung in unserer Tabelle die vorwiegend Erregten mit 35,9 pCt. an der

Digitized by Google

Spitze, welche Zahl sich bei den Frauen allein fast zur Hälfte aller einschlägigen Fälle, genau 41,4 pCt., steigert. Diesen sehr nahe und zwar bei beiden Geschlechtern steht die Gruppe 3, die wechselnden Erregungs- und Depressionszustände mit 29,3 pCt. In weiterer Abstufung folgen die gleichmässig Dementen mit 18 pCt., wobei wiederum, wie bei Gruppe 1, die Frauen mit 27,6 einen

(Paralyse mit Alcoholismus.)

3. Erregungs- und Depressionszustände wechselnd.				4. Gleichmässig dement				5. Mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen.			
Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
2	24,0	—	—	24,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	10,0	—	—	10,0	—	—	3	1,0	1,0	2	9,0	—	—	9,0
5	33,0	1	19,0	30 2/3	8	7 3/4	—	—	7 3/4	4	2,0	—	—	2,0
9	38,0	6	10 1/4	26,9	6	11 1/4	1	8,0	10,8	3	34,0	—	—	34,0
11	23,0	—	—	23,0	6	4 3/4	2	13,0	6.8	1	11,0	—	—	11,0
9	35,0	1	16,0	33,1	1	84,0	—	—	84,0	1	24,0	—	—	24,0
2	53,0	—	—	53,0	1	1,0	1	10,0	5,5	1	3,0	—	—	3,0
2	45,0	—	—	45,0	—	—	1	8,0	8,0	—	—	—	—	—
41	32,4	8	10,8	28,9	22	11,0	8	6,9	9,9	12	13,8	—	—	13,8

Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.
2	100,0	—	—	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	11,1	—	—	6,7	—	—	3	50,0	20,0	2	22,2	—	—	13,3
5	15,6	1	25,0	16,7	8	25,0	—	—	22,2	4	12,5	—	—	11,1
9	28,1	6	54,5	34,9	6	18,8	1	9,1	16,3	3	9,4	—	—	7,0
11	32,4	—	—	30,5	6	17,6	2	100,0	22,2	1	2,9	—	—	2,8
9	47,4	1	50,0	47,6	1	5,3	—	—	4,8	1	5,3	—	—	4,8
2	28,6	—	—	22,2	1	14,3	1	50,0	22,2	1	14,3	—	—	11,1
2	66,7	—	—	40,0	—	—	1	50,0	20,0	—	—	—	—	—
41	29,7	8	27,6	29,0	22	15,9	8	27,6	18,0	12	8,7	—	—	7,2

erheblich höheren Procentsatz stellen als die Männer mit 15,9. Die beiden noch übrigen Gruppen 2 und 5 stellen bei den Män-

Digitized by Google

nern nur einen geringen, bei den Frauen einen ganz verschwindenden Antheil. Bei *Ascher*[1]) stehen die gleichmässig Dementen mit 45,9 pCt. im Vordergrund, diesen folgen die vorwiegend Erregten mit 21,6 pCt., nach diesen zuerst Gruppe 5 mit 14,4, dann Gruppe 3 mit 11,7, schliesslich Gruppe 2 mit 6,3 pCt. Mit *Ascher* stimme ich dadurch überein, dass einmal die drei Gruppen 1, 3 und 4 zusammen ziemlich gleiche Zahlenwerthe ergeben, bei mir 83,6 pCt., bei *Ascher* 79,2 pCt. und zweitens darin, dass

Tabelle VII.

Gruppe	1. Vorwiegend erregt.					2. Vorwiegend depressiv				
Alter zur Zeit des Todes.	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
20—30 Jahre . . .	1	4,0	1	7,0	5,5	—	—	—	—	—
30—35 - . . .	5	5,0	—	—	5,0	—	—	1	2,0	2,0
35—40 - . . .	9	7¾	1	13,0	8¼	5	6,0	—	—	6,0
40—45 - . . .	5	3,5	6	15,5	10,0	6	13,0	—	—	13,0
45—50 - . . .	8	14	1	6,0	13⅑	4	7,0	—	—	7,0
50—55 - . . .	6	9,0	—	—	9,0	3	14,0	1	24,0	16,5
55—60 - . . .	—	—	1	29,0	29,0	—	—	—	—	—
(60—70) - . . .	1	14,0	1	29,0	21,5	—	—	—	—	—
	35	8,5	11	16,1	10,3	18	9,9	2	13,0	10,2
	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.
20—30 Jahre . . .	1	100,0	1	33,3	50,0	—	—	—	—	—
30—35 - . . .	5	35,6	—	—	38,5	—	—	1	25,0	7,7
35—40 - . . .	9	40,9	1	20,0	37,0	5	22,7	—	—	18,6
40—45 - . . .	5	33,3	6	66,6	45,8	6	40,0	—	—	25,0
45—50 - . . .	8	47,1	1	33,3	45,0	4	23,5	—	—	20,0
50—55 - . . .	6	50,0	—	—	35,3	3	25,0	1	20,0	23,5
55—60 - . . .	—	—	1	50,0	20,0	—	—	—	—	—
(60—70) - . . .	1	100,0	1	100,0	100,0	—	—	—	—	—
	35	43,7	11	34,4	41,1	18	22,5	2	6,2	17,9

[1]) l. c. S. 26.

Digitized by Google

bei uns beiden die Gruppe 2 die geringste Procentbetheiligung zeigt.

Den durchschnittlich längsten Anstaltsaufenthalt müssen wir der Gruppe 3, den wechselnd Erregten und Deprimirten, mit 28,9 Monaten zuweisen, während die übrigen 4 Gruppen nur geringe im Maximum um nur 4 Monate unterschiedene Durchschnittszahlen ergeben, zufällig trifft es sich, dass bei Gruppe 2 und 4 sich die gleiche Durchschnittszahl, nämlich 9,9 berechnet.

(Paralyse mit Syphilis.)

3. Erregungs- und Depressionszustände wechselnd.				4. Gleichmässig dement.					5. Mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen.				
Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
—	—	1	8,0	8,0	—	—	1	13,0	13,0	—	—	—	—	—
1	34,0	3	21,0	24¼	2	6,5	—	—	6,5	1	12,0	—	—	12,0
3	34,0	2	28,0	32²/₇	2	5,5	—	—	5,5	1	25,0	2	10,5	15⅓
4	42,0	1	21,0	37,8	—	—	1	2,0	2,0	—	—	1	15,0	15,0
4	17,0	2	43,0	25²/₃	1	17,0	—	—	17,0	—	—	—	—	—
1	48,0	2	51,0	50,0	1	1,0	2	35,5	21⅓	1	24,0	—	—	24,0
—	—	—	—	—	3	23¼	1	4,0	18,5	—	—	—	—	—
15	32,5	11	30,5	31,7	9	12,4	5	16,4	13,8	3	20,3	3	12,0	16⅙

Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.
—	—	1	33,3	25,0	—	—	1	33,3	25,0	—	—	—	—	—
1	11,1	3	75,0	30,8	2	22,2	—	—	15,4	1	11,1	—	—	7,7
5	22,7	2	40,0	25,9	2	9,1	—	—	7,4	1	4,6	2	40,0	11,1
4	26,7	1	11,1	20,8	—	—	1	11,1	4,2	—	—	1	11,1	4,2
4	23,5	2	66,6	30,0	1	5,9	—	—	5,0	—	—	—	—	—
1	8,3	2	40,0	17,6	1	8,3	2	40,0	17,6	1	8,3	—	—	5,9
—	—	—	—	—	3	100,0	1	50,0	80,0	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	18,7	11	34,4	23,2	9	11,3	5	15,6	12,5	3	3,8	3	9,4	5,4

Bei den Syphilitikern ist das Vorherrschen der vorwiegend Erregten noch schärfer ausgeprägt (41 pCt.) als bei sämmtlichen

Digitized by Google

übrigen Combinationen einschliesslich der Sammeltabelle aller Fälle. Die übrigen 4 Gruppen zeigen eine allmälige Abstufung; erst kommen die wechselnd Erregten und Depressiven mit 23,2 pCt., ihnen reihen sich die vorwiegend Depressiven an mit 17,9 pCt., diesen folgen die gleichmässig Dementen mit 12,5 pCt., den Schluss machen die mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen mit nur 5,4 pCt. Zu ganz anderen Resultaten gelangte *Ascher* (l. c. S. 23) bei seiner Berechnung, welche für die gleichmässig Dementen 33,9 für die mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen 24,5, für die vorwiegend Erregten 19,6, für die mit wechselnden Erregungs- und Depressionszuständen 13,2, für die vorwiegend depressiven schliesslich 8,5 pCt. ergab. Bei meiner Berechnung zeigen die 3 letzten Gruppen eine stärkere Be-

Tabelle VIII.

Gruppe	1. Vorwiegend erregt.					2. Vorwiegend depressiv.				
Alter zur Zeit des Todes.	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
20—30 Jahre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30—35	3	10,0	1	13,0	11,5	—	—	—	—	—
35—40	9	5¾	—	—	5¾	2	6,0	—	—	6,0
40—45	8	10,5	4	12,5	11⅙	4	6¼	—	—	6¼
45—50	10	7,5	2	9,5	7⅚	2	14,5	1	1,0	10,0
50—55	5	8¾	—	—	8¾	3	6¼	—	—	6¼
55—60	1	3,0	2	7,5	6,0	2	9,5	—	—	9,5
(60—70)	—	—	1	35,0	35,0	—	—	—	—	—
	36	8,0	10	13,2	9,1	13	8,0	1	1,0	7,5
	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl pCt.
20—30 Jahre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30—35	3	60,0	1	50,0	57,1	—	—	—	—	—
35—40	9	40,9	—	—	37,5	2	9,1	—	—	8,3
40—45	8	33,3	4	57,1	38,7	4	16,7	—	—	12,9
45—50	10	38,5	2	40,0	38,7	2	7,7	1	20,0	9,7
50—55	5	31,2	—	—	25,0	3	18,8	—	—	15,0
55—60	1	10,0	2	40,0	20,0	2	20,0	—	—	13,3
60—70)	—	—	1	50,0	20,0	—	—	—	—	—
	36	33,6	10	35,7	34,1	13	12,1	1	3,6	10,4

Digitized by Google

theiligung der Frauen, während bei Gruppe 1 und 2 das umgekehrte Verhältniss stattfindet. Die Differenz beider Geschlechter ist in Gruppe 2, 3 und 5 eine recht beträchtliche. Auch bei meinen Syphilitikern fällt die durchschnittlich längste Dauer der Anstaltsbehandlung mit 31,7 Monaten den wechselnd Erregten und Depressiven zu, ihnen reihen sich zunächst die mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen an, doch ist die Durchschnittszahl 16,4 fast um die Hälfte kleiner als die bei der vorigen Gruppe berechnete. Um weniges hinter der 5. Gruppe stehen die gleichmässig Dementen mit 13,8 Monaten zurück, während die beiden noch übrigen Gruppen 1 und 2 fast gleiche Durchschnittszahlen aufweisen, nämlich 10,3 und 10,2 Monate. Die beiden Geschlechter zeigen nur in Gruppe 1 beträchtlichere Unterschiede.

(Paralyse mit Tabes.)

3. Erregungs- und Depressionszustände wechselnd.					4. Gleichmässig dement.					5. Mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen.				
Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
—	—	—	—	—	—	—	1	1,0	1,0	1	45,0	—	—	45,0
—	—	1	11,0	11,0	2	8,0	—	—	8,0	—	—	—	—	—
4	23,0	—	—	23,0	2	21,5	1	1,0	14²/₃	5	6³/₄	1	46,0	13¹/₃
1	14,0	2	44,0	34,0	10	8,0	1	2,0	7,5	1	41,0	—	—	41,0
5	34¹/₄	2	20,5	27³/₄	6	7,0	—	—	7,0	3	46¹/₄	—	—	46¹/₄
3	42¹/₄	1	34,0	40,5	3	10³/₄	2	18,0	14,3	2	102,5	1	3,0	69¹/₃
3	27,0	—	—	27,0	2	6,0	3	13¹/₄	10¹/₃	2	13,0	—	—	13,0
—	—	1	20,0	20,0	1	53,0	—	—	53,0	2	24¹/₂	—	—	24,5
16	30,3	7	27,7	29,5	26	10,7	8	10,0	10,5	16	33,7	2	24,5	32,7
Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.
—	—	—	—	—	—	—	1	100,0	50,0	1	100,0	—	—	50,0
—	—	1	50,0	14,3	2	40,0	—	—	28,6	—	—	—	—	—
4	18,2	—	—	16,7	2	9,1	1	50,0	12,5	5	22,7	—	—	25,0
1	4,2	2	28,6	9,7	10	41,7	1	14,3	35,5	1	4,2	1	50,0	3,2
5	19,2	2	40,0	22,6	6	23,1	—	—	19,4	3	11,5	—	—	9,7
3	18,8	1	25,0	20,0	3	18,8	2	50,0	25,0	2	12,5	—	—	15,0
3	30,0	—	—	20,0	2	20,0	3	60,0	33,3	2	20,0	1	25,0	13,3
—	—	1	50,0	20,0	1	33,3	—	—	20,0	2	66,6	—	—	40,0
16	15,0	7	25,0	17,0	26	24,3	8	28,6	25,2	15	15,0	2	7,1	13,3

Digitized by Google

Bei den Tabikern finden wir bei der procentualen Berechnung eine ziemlich gleichmässige Abstufung. Am höchsten stehen wieder die vorwiegend Erregten mit 34,1 pCt., ihnen folgen die gleichmässig Dementen mit 25,2 pCt., diesen zunächst sind die mit wechselnden Erregungs- und Depressionszuständen mit 17,0 pCt., nach ihnen kommen die mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen mit 13,0 pCt. und schliesslich folgen die vorwiegend Deprimirten mit 10,4 pCt. Nur bei Gruppe 3 haben die Frauen bedeutend höhere Procentsätze als die Männer, während das Gegentheil bei Gruppe 2 und 5 stattfindet. Bei Gruppe 2 fällt die auffallend geringe Be-

Tabelle IX.

Gruppe	1. Vorwiegend erregt.					2. Vorwiegend depressiv.				
Alter zur Zeit des Todes.	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
20—30 Jahre	1	6,0	2	18,0	14,0	—	—	—	—	—
30—35 -	18	8,5	9	10,5	9 1/6	5	10,0	1	31,0	13,5
35—40 -	33	7 1/3	7	11,0	8,0	12	6,5	3	17,0	8 3/5
40—45 -	33	11,5	8	9,5	11 1/6	12	16,5	2	7,0	15 1/7
45—50 -	26	11 1/4	7	8,5	10 2/3	9	13,0	5	13,5	13 1/6
50—55 -	21	11 1/4	3	13,0	11,5	5	4,5	3	12,5	7,5
55—60 -	5	13,0	7	11 1/4	12,0	2	6,5	2	15,0	10 3/4
(60—70) -	4	13,6	—	—	13,0	1	24,0	—	—	24,0
	141	10,1	43	10,7	10,2	46	10,9	16	14,4	11,8
	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.
20—30 Jahre	1	14,3	2	25,0	20,0	—	—	—	—	—
30—35 -	18	43,9	9	45,0	44,3	5	12,2	1	5,0	9,8
35—40 -	33	31,1	7	35,0	31,8	12	11,3	3	15,0	11,9
40—45 -	33	31,4	8	34,8	32,0	12	11,4	2	8,7	11,0
45—50 -	26	35,5	7	25,0	32,7	9	12,3	5	17,9	13,9
50—55 -	21	33,3	3	23,1	31,6	5	7,9	3	23,1	10,5
55—60 -	5	17,9	7	31,8	24,0	2	7,1	2	9,1	8,0
(60—70) -	4	30,8	—	—	25,0	1	7,7	—	—	6,2
	141	32,3	43	31,4	32,1	46	10,6	16	11,7	10,8

Digitized by Google

theiligung der Frauen mit nur 3,6 pCt. auf. Die längste Dauer des Anstaltsaufenthaltes fällt hier auf die mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen und zwar bei der Durchschnittsberechnung für beide Geschlechter sowie für die Männer allein, während sie für die Frauen allein auf die wechselnd Erregten und Depressiven fällt, welche Gruppe auch beim gemeinschaftlichen Durchschnitt an zweiter Stelle steht. Die übrigen 3 Gruppen haben eine weit geringere durchschnittliche Behandlungsdauer, so die gleichmässig Dementen 10,5, die vorwiegend Erregten 9,1 und schliesslich die vorwiegend Depressiven 7,5 Monate.

(Einfache Paralysen.)

3. Erregungs- und Depressionszustände wechselnd.				4. Gleichmässig dement.					5. Mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen.				
Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung	Männer	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Frauen	Durchschnittliche Dauer der Anst.-Behandlung	Gesammtdurchschnittsdauer der Anst.-Behandlung
2	16,5	1	27,5	20 1/6	3	9,5	5	9,5	9,5	1	4,0	—	—	4,0
3	27,5	5	27,5	27,5	11	6 3/4	3	11,0	7 2/3	4	9,0	2	10,5	9,5
22	22,0	5	49,0	27,0	25	9 3/4	4	9,0	9,5	14	27,0	1	7,0	25 2/3
21	27,0	4	35,5	28,4	24	10	8	8 1/4	9,5	15	14,0	1	14,0	14,0
14	27,0	6	20,0	24,9	21	17,5	6	9 3/4	15 7/9	3	21 3/4	4	16,0	18,5
14	48,5	1	28,5	47,0	22	9,0	4	10,5	9 1/4	1	31,0	2	4,0	13,0
5	46,5	4	40 3/4	44,0	12	13,0	8	6,5	10,4	4	22,0	1	17,0	21,0
3	69,0	—	—	69,0	5	10,5	2	12,5	11,0	—	—	1	3,0	3,0
84	31,7	26	33,2	32,1	123	11,0	40	9,2	10,6	42	19,3	12	11 1/6	17,5

Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.	Männer	pCt.	Frauen	pCt.	Durchschnittl. pCt.
2	28,6	1	12,5	20,0	3	42,9	5	62,5	53,3	1	14,3	—	—	6,7
3	7,3	5	25,0	13,1	11	26,8	3	15,0	23,0	4	9,8	2	10,0	9,8
22	20,8	5	25,0	21,4	25	23,6	4	20,0	23,0	14	13,2	1	5,0	11,9
21	20,0	4	17,4	19,5	24	22,9	8	34,8	25,0	15	14,3	1	4,3	12,5
14	19,2	6	21,4	19,8	21	28,8	6	21,4	26,7	3	4,1	4	14,3	6,9
14	22,2	1	7,7	19,7	22	34,9	4	30,8	34,2	1	1,6	2	15,4	3,9
5	17,9	4	18,2	18,0	12	42,9	8	36,4	40,0	4	14,3	1	4,5	10,0
3	23,1	—	—	18,7	5	38,5	2	66,7	43,8	—	—	1	33,3	6,2
84	19,3	26	19,0	19,2	123	28,2	40	29,2	28,5	42	9,6	12	8,8	9,4

Digitized by Google

Ehe ich auf die kurze Besprechung dieser Tabelle IX eingehe, möchte ich erst nochmal erwähnen, dass unter der willkürlichen Bezeichnung „einfache Paralyse“ alle jene Fälle zusammengefasst sind, in welchen sich nach den Krankheitsberichten keine der vorhin bearbeiteten 3 Combinationen nachweisen liess.

Auch bei den einfachen Paralysen stehen im procentualen Verhältniss die vorwiegend Erregten mit 32,1 pCt. an der Spitze, ihnen reihen sich mit 28,5 pCt. die gleichmässig Dementen an, in dritter Linie folgen mit 19,2 pCt. die wechselnd Erregten und Depressiven, nach diesen kommen mit 10,8 pCt. die vorwiegend Depressiven und endlich mit 9,4 pCt. die mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen. Die beiden Geschlechter zeigen in den Procentverhältnissen zu einander in den einzelnen Gruppen nur wenig schroffe Unterschiede. Was den Anstaltsaufenthalt betrifft, so finden wir in erster Reihe die Gruppe 3 mit 32,1 Monaten, hierauf folgt Gruppe 5 mit 17,5 Monaten. Kurze Anstatsbehandlungsdauer zeigen die vorwiegend Depressiven mit 11,8, die gleichmässig Dementen mit 10,6 und die vorwiegend Erregten mit 10,2 Monaten. Betrachten wir das Schlussergebniss unserer 5 Tabellen zunächst in Bezng auf die procentuale Betheiligung, so werden wir uns darüber keiner Täuschung hingeben, dass das Gesammtergebniss bei der willkürlichen Einreihung der einzelnen Fälle in die jeweiligen Untergruppen keine übermässig grosse Gewähr für die Darstellung eines richtigen Bildes geben kann. Dies zeigt sich besonders drastisch, wenn ich meine Ergebnisse mit denen *Ascher*'s vergleiche. Es frägt sich nun, ob es nicht doch gelingen könne, auf irgend eine Weise diese Fehler zu corrigiren, um wenigstens einen gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit zu gewinnen. Diesem Ziele glaube ich dadurch mich zu nähern, wenn ich sowohl aus meinen wie aus *Ascher*'s Ergebnissen nochmals den Gesammtdurchschnitt ausziehe, wie im Folgenden geschehen soll:

Gruppe.	1.	2.	3.	4.	5.
Friedrichsberg: Männer	35,72	13,64	20,64	20,68	9,34
- Frauen	35,3	6,76	25,8	25,6	6,54
- beide Geschlechter	35,46	12,0	22,05	21,66	8,88
Dalldorf: Männer	19,34	7,8	14,14	37,9	20,18
Gesammtdurchschnitt	31,45	10,5	20,65	26,46	11,23.

Aus vorstehender kleiner Zusammenstellung lassen sich folgende Schlüsse ziehen: Es dürfte feststehen, dass die geringste

Digitized by Google

procentuale Betheiligung den vorwiegend Depressiven zukömmt, während starke Antheile auf die vorwiegend Erregten und auf die wechselnd Erregten und Deprimirten fallen, auch die Gruppe der gleichmässig Dementen ist noch den stärker Betheiligten zuzuweisen, während die letzte Gruppe sich der Seite der geringeren Betheiligung nach meinen Resultaten zuzuneigen scheint.

Nach gleichen Gesichtspunkten habe auch eine Zusammenstellung der fünf Gruppen in Bezug auf die durchschnittliche Anstaltsbehandlung gemacht, diese Zusammenstellung erscheint mir zuverlässiger, schon deshalb, weil die grossen Schwankungen der vorigen Tabelle verschwunden sind.

Gruppe.	1.	2.	3.	4.	4.
Friedrichsberg: Männer	9,68	9,76	31,74	11,24	21,74
- Frauen	13,0	10,36	25,96	10,42	12,12
- beide Geschlechter	10,42	10,02	30,64	11,1	20,04
Dalldorf: Männer	$10^1/_2$	$14^2/_3$	$17^3/_4$	$13^1/_6$	$17^3/_4$
Gesammtdurchschnitt	10,9	11,21	26,53	11,49	17,92.

Aus unserer Zusammenstellung geht zweifellos hervor, dass die längste durchschnittliche Anstaltsbehandlung der Gruppe der wechselnd Erregten und Depressiven zugewiesen werden muss. Eine relativ lange Behandlungszeit zeigt nur mehr die Gruppe der zahlreichen Anfälle. Die übrigen drei Gruppen geben so nahe aneinanderliegende Durchschnittszahlen, dass es gewagt erscheint, wenn man die vorwiegend Erregten definitiv als diejenigen bezeichnen wollte, welchen die kürzeste Anstaltsbehandlung zukömmt.

Ohne auf Details einzugehen, möchte ich die durchschnittliche Anstaltsbehandlungsdauer der einzelnen Combinationen an der Hand einer weiteren kleinen Zusammenstellung kurz besprechen.

Mittlere Dauer der Anstaltsbehandlung	Einfache Paralyse	Lues	Tabes	Potus	Alle Fälle
Männer	16,6	16,7	18,1	15,8	16,8
Frauen	15,7	17,6	15,3	10,1	14,67
Durchschnitt aus beiden Geschlechtern	16,0	16,4	18,0	14,9	16,32.

Nach dieser Zusammenstellung ist die mittlere Dauer der Anstaltsbehandlung am kürzesten bei den Trinkern, unter diesen wieder am schärfsten ausgeprägt bei den weiblichen Trinkern, die längste Behandlungsdauer kömmt den männlichen Tabikern zu, einfache Paralyse und Syphilis geben bei den Männern fast gleiche Durchschnittszahlen, während bei den Weibern die Syphilis die

Digitized by Google

längste Behandlungsdauer beansprucht, die Durchschnittszahl der Weiber übertrifft bei der Syphilis die der Männer, während bei sämmtlichen übrigen Combinationen das umgekehrte Verhältniss stattfindet.

Das Schlussergebniss der vorhergegangenen langwierigen Berechnungen ist folgendes: die mittlere Dauer des Anstaltsaufenthaltes bis zum Tode ist bei den Männern 16,8, bei den Frauen 14,67, beim Durchschnitt beider Geschlechter 16,32 Monate.

Um einen weiteren Einblick in die complicirten Verhältnisse des Verlaufes unserer Krankheit zu gewinnen, will ich in der nächstfolgenden Tabelle sämmtliche mit Tod abgegangene Fälle nach der Anzahl von Jahren, während welcher sie in Anstaltsbehandlung gewesen sind, gruppiren. (Siehe nebenstehende Tabelle X.)

Ein flüchtiger Blick auf die Tabelle zeigt, dass nahezu 40 pCt. aller Fälle nach $^1/_2$jähriger Anstaltsbehandlung bereits todt sind, von den einzelnen Unterabtheilungen spricht sich dies am meisten bei den Trinkern, am wenigsten hingegen bei den syphilitischen Frauen aus. Von den Trinkern (Männern) ist somit fast die Hälfte, genau 47,5 pCt. nach einem halben Jahre todt. Bei beiden Geschlechtern ist bereits nach einem Jahre der Anstaltspflege bei über der Hälfte der Kranken der Exitus eingetreten, bei den Frauen ist dies noch schärfer ausgeprägt als bei den Männern, nur die weiblichen Syphilitiker zeigen sich auch hier mit 40,6 pCt. am widerstandsfähigsten. Am Ende des zweiten Jahres sind von unseren Kranken genau 73,9 pCt., also fast drei Viertel beider Geschlechter, todt. Am Ende des dritten Jahres bleiben bei den Männern nurmehr 14,5 pCt., bei den Frauen gar nur 11,9 pCt. übrig. Gleichwohl finden sich auch Fälle von sehr langer Dauer der Anstaltsbehandlung, ich habe noch 5 Fälle von über 10 Jahren, von denen fast die Hälfte den Tabikern zukömmt. ***Mendel*** hatte seiner Zeit gleichfalls 5 Fälle über 8 Jahre gefunden, die er sämmtliche der ascendirenden Form der Paralyse zurechnete. ***Ascher***[1]) fand bei den Dalldorfer Männern, dass nur 16,8 pCt. die Change hatten, nach ihrer Aufnahme länger als 2 Jahre zu leben, 61,1 pCt. waren nach dem ersten Jahre, weitere 22,1 pCt. am Ende des zweiten Jahres erlegen. Dass die Sterblichkeitsverhältnisse in den

[1]) l. c. S. 7.

Digitized by Google

Tabelle X.

Anzahl der Jahre.	Einfache Paralyse.				Lues.				Tabes.				Potus.				Alle Fälle.			
	M.	pCt.	F.	pCt.	M.	pCt.	F.	pCt.	M.	pCt.	F.	pCt.	M.	pCt.	F.	pCt.	M.	pCt.	F.	pCt.
Unter ½ Jahr . . .	155	35,5	56	40,9	33	44,1	8	25,0	46	42,3	13	45,5	66	47,5	13	44,8	300	39,4	90	39,8
½—1 - . . .	50	11,5	20	14,6	10	12,5	5	15,6	17	15,6	1	3,51	16	11,5	7	24,1	93	12,2	33	14,6
1—2 - . . .	112	25,7	30	21,9	16	20,0	6	18,8	21	19,3	6	21,0	21	15,1	2	6,9	170	22,3	44	19,5
2—3 - . . .	53	12,2	18	13,1	11	13,8	7	21,9	7	6,4	5	17,5	17	12,2	2	6,9	88	11,6	32	14,2
3—4 - . . .	36	8,3	3	2,2	4	5,0	4	12,5	7	6,4	2	7,0	9	6,4	3	10,3	56	7,4	12	5,3
4—5 - . . .	13	3,0	6	4,4	2	2,5	1	3,1	5	4,6	1	3,5	4	2,8	—	—	24	3,2	8	3,5
5—6 - . . .	7	1,6	3	2,2	3	3,8	—	—	1	0,9	—	—	1	0,7	1	3,5	12	1,6	4	1,8
6—8 - . . .	6	1,4	—	—	1	1,2	—	—	1	0,9	—	—	3	2,1	—	—	11	1,4	—	—
8—10 - . . .	1	0,2	1	0,7	—	—	1	3,1	—	—	—	—	1	0,7	1	3,5	2	0,3	3	1,3
10—15 - . . .	3	0,7	—	—	—	—	—	—	1	0,9	—	—	—	—	—	—	4	0,5	—	—
über 15 - . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,9	—	—	—	—	—	—	1	0,1	—	—
	436		137		80		32		107		28		138		29		761		226	

Digitized by Google

Privatanstalten mit ausschliesslich wohlhabenderem Publicum andere sind, zeigen uns *Mendel*'s [1]) Beobachtungen, bei denen die Hauptsterblichkeit erst zwischen das 2. und 3. Jahr fällt. Es rührt dies wohl davon her, einmal dass bessere Kranke in der Regel rascher den Anstalten zugeführt werden. Dann dürfte auch die sorgsamere Pflege und Ernährung mit in Betracht zu ziehen sein.

Ascher [2]) hat auch die Frage behandelt, ob die Paralyse bei erblich Belasteten langsamer verläuft als es sonst in der Regel der Fall ist. Er fand fast regelmässig in den einzelnen Altersgruppen höhere Durchschnittszahlen für Krankheitsdauer und Anstaltsbehandlung wie auch der Gesammtdurchschnitt einen mehr als 2 Monate betragenden Unterschied zu Gunsten der Paralyse bei Belasteten ergab. Ich habe meine belasteten Paralytiker mit den Nichtbelasteten in Bezug auf die durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung verglichen, wobei sich nur ein ganz minimaler, kaum in Betracht zu ziehender Unterschied ergab. Für meine Männer fand sich in Monaten ein Minus von 0,1, für die Frauen ein solches von 0,55 zu Ungunsten der Belasteten. Nach diesen Resultaten dürfen wir wohl mit Recht annehmen, dass bei belasteten Individuen die durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung sich nicht wesentlich von der gleichen bei Nichtbelasteten unterscheidet.

Ausgang.

Ehe wir auf die Besprechung dieser Frage übergehen, will ich in einer Tabelle die Art unserer Abgänge überhaupt zusammenfassen; es ist dies deshalb nöthig, weil nur etwas mehr als zwei Drittel der Fälle in der Anstalt selbst ihr Ende finden. (Siehe nebenstehende Tabelle XI.)

Wie vorauszusehen war, fällt der Hauptantheil der jährlichen Abgänge auf die Todesfälle, die mit 67,9 pCt. im Durchschnitt beider Geschlechter nahezu $^3/_4$ der jährlichen Abgänge bilden. Eine zweite kleine Gruppe bilden jene 71 Kranke = 5,1 pCt., welche nur vorübergehend in der Anstalt untergebracht waren, theils handelte es sich um mittellose Leute mit fremdem Unterstützungswohnsitz, theils waren es Ausländer, meist Oesterreicher und Skandinavier, welche sämmtliche ihren heimathlichen Irrenanstalten zur weiteren Pflege übergeben worden waren. Sehr in die Augen fal-

[1]) l. c. S. 270. — [2]) l. c. S. 16 u. 17.

Digitized by Google

Tabelle XI.

Jahrgang.	Abgang durch Tod.			Gebessert entlassen.			Ungeheilt in Familienpflege.			Ungeheilt in die Heimath.			Summe aller Abgänge.		
	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.
1870 . . .	22	2	24	4	2	6	3	1	4	5	—	5	34	5	39
1871 . . .	27	7	34	3	1	4	10	—	10	2	—	2	42	8	50
1872 . . .	25	6	31	7	1	8	11	1	12	3	—	3	46	8	54
1873 . . .	28	9	37	2	2	4	9	1	10	—	—	—	39	12	51
1874 . . .	20	11	31	4	3	7	4	—	4	3	—	3	31	14	45
1875 . . .	25	6	31	3	2	5	6	1	7	2	—	2	36	9	45
1876 . . .	30	5	35	8	—	8	8	4	12	2	—	2	48	9	57
1877 . . .	23	7	30	7	1	8	7	—	7	1	1	2	38	9	47
1878 . . .	24	6	30	6	—	6	8	1	9	7	—	7	45	7	52
1879 . . .	24	12	36	3	2	5	11	4	15	1	—	1	39	18	57
1880 . . .	43	9	52	6	1	7	10	4	14	1	3	4	60	17	77
1881 . . .	43	7	50	7	1	8	10	2	12	4	3	7	64	13	77
1882 . . .	44	17	61	11	2	13	10	3	13	2	1	3	67	23	90
1883 . . .	47	18	65	10	3	13	6	1	7	2	—	2	65	22	87
1884 . . .	42	16	58	8	2	10	4	3	7	8	2	10	62	23	85
1885 . . .	46	19	65	3	1	4	3	1	4	—	—	—	52	21	73
1886 . . .	41	17	58	11	5	16	4	2	6	1	1	2	57	25	82
1887 . . .	51	12	63	11	2	13	9	2	11	3	1	4	74	17	91
1888 . . .	47	8	55	13	3	16	7	1	8	6	1	7	73	13	86
1889 . . .	43	13	66	11	9	20	5	2	7	4	1	5	63	25	88
	695	207	892	138	43	181	145	34	189	57	14	71	1035	298	1333
pCt.	66,5	69,4	67,9	13,3	14,4	13,8	14,9	11,4	13,1	5,5	4,7	5,1			

Digitized by Google

lend ist die relativ grosse Anzahl der gebessert und ungeheilt Entlassenen. Zur Erklärung dieser auf den ersten Blick befremdenden Thatsache möchte ich einige Worte beifügen.

Zunächst ist es eine bekannte Erscheinung, dass das Anstaltsleben in vom grossen Verkehre abliegenden Irrenanstalten viel ruhiger und gleichmässiger verläuft als in den Irrenanstalten grosser Städte. Namentlich macht sich dies bei den Besuchen von Seiten der Angehörigen geltend, wobei die mitunter recht beträchtliche Entfernung der Irrenanstalt von dem Wohnsitze der Angehörigen sowie der für die ärmeren Klassen nicht zu unterschätzende Aufwand an Zeit und Reisekosten vor allem in die Waagschale fällt. Die Angehörigen begnügen sich daher vielfach mit schriftlichen Auskünften von Seiten der Aerzte. Auch begegnet man seltener dem Verlangen der Angehörigen harmlos verblödete Kranke in die eigene Familienpflege zurückzunehmen, die Angehörigen lassen sich nicht allzu schwer überzeugen, dass unheilbare Kranke mit wirklichen oder nur scheinbaren Remissionen denn doch am zweckmässigsten unter irrenärztlicher Leitung untergebracht sind, während andrerseits die Angehörigen die mannigfaltigen Mühen scheuen, die mit einem erneuten Transport in die ferne Anstalt verbunden sind. Anders hier in Hamburg. Hier liegt die Anstalt, wenn auch an der Grenze des Staatsgebietes, von allen Stadttheilen leicht erreichbar, führen doch allein vom Centrum der Stadt eine Dampfer und drei Pferdebahnlinien bis in die nächste Nähe der Anstalt. Ausserdem haben die Angehörigen wie in übrigen öffentlichen Krankenanstalten an den Sonn- und Feiertagen unbehinderten Zutritt zu den nicht erregten, resp. nicht isolirten Kranken, wovon der ausgiebigste Gebrauch gemacht wird, so dass namentlich an schönen Sommertagen und an den Hauptfesttagen des Jahres wahre Völkerwanderungen in die Anstalt stattfinden. Wenn man nun berücksichtigt, wie schwer der Laie mitunter von dem deletären Charakter der Paralyse zu überzeugen ist, so kann es nicht Wunder nehmen, wenn die Angehörigen in manchen Fällen nur allzuleicht dem Drängen der Kranken nachgeben und jene selbst gegen den ärztlichen Rath aus der Anstalt fortnehmen. Dass es sich hier um einen schweren Missstand handelt, der die Ruhe und Gleichmässigkeit des Anstaltslebens in bedenklicher Weise gefährdet, wird wohl Niemand läugnen. So lange die Aerzte keine gesetzliche Hand-

Digitized by Google

habe besitzen, um sich und anderen gefährliche Kranke selbst gegen den Willen der Angehörigen in der Anstalt zurückzuhalten, ein Punkt, der zum Beispiel in der französischen Irrengesetzgebung vorgesehen ist, wird sich an diesen Verhältnissen nichts ändern lassen.

Ein kleiner Schritt zur Besserung ist damit geschehen, dass man die neue Filiale unserer Anstalt nach dem entfernteren Dorfe Langenhorn verlegte, allerdings aus anderen als den eben angeführten Erwägungen, die neue Filiale soll nämlich für einen ausgedehnten landwirthschaftlichen Betrieb eingerichtet werden.

Um zum eigentlichen Thema zurückzukehren, so haben wir noch die beiden Gruppen der gebessert und ungeheilt Entlassenen zu beurtheilen. Auch diese 370 Personen = 27 pCt. der Abgegangenen habe ich in einer Tabelle vereinigt, und zwar, um zu sehen, ob die Gebesserten, die man in der Mehrzahl als Remissionen zu betrachten haben wird, sich beträchtlich länger ausserhalb der Anstalt zu halten vermögen als die ungeheilt Entlassenen, zu gleicher Zeit bin ich der Frage nachgegangen, ob sich wirklich bei hereditär Belasteten längere Remissionen zeigen, wie von manchen Seiten behauptet wurde.

Tabelle XII.

Zeitraum zwischen Entlassung und Wiedereintritt	Ungeheilt.			Gebessert.			Gebessert, erblich belastet.		
	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.
bis zu 1 Monat	13	4	17	5	1	6	1	—	1
1—2 Monate	3	1	4	4	—	4	1	—	1
2—3 -	2	—	2	2	—	2	—	—	—
3—4 -	4	2	6	1	1	2	—	1	1
4—5 -	2	—	2	3	2	5	1	1	2
5—6 -	2	—	2	3	—	3	—	—	—
6—9 -	10	—	10	8	2	10	1	—	1
9—12 -	6	—	6	3	1	4	1	—	1
1—1½ Jahre	6	—	6	10	—	10	2	—	2
1½—2 -	2	1	3	4	3	7	—	—	—
2—2½ -	1	-	1	4	2	6	—	—	—
2½—3 -	—	—	—	1	—	1	-	—	—
3 Jahre und darüber . . .	—	—	—	3	-	3	-	—	—
Summe	51	8	59	51	12	63	7	2	9
pCt. bezogen auf die Gesammtsumme der Entlassenen	32,9	23,5	31,2	36,9	27,9	34,7	13,7	16,6	15,1

Digitized by Google

Wenn wir zuerst die Verhältnisse bei den Ungeheilten, 13,15 pCt. aller Abgänge, näher ansehen, so sind von ihnen nur 31,2 pCt. wieder in die Anstalt zurückgekehrt und dort selbst gestorben, weiter 17,9 pCt. wurden von den Angehörigen in anderen öffentlichen und Privatirrenanstalten sowie in mildthätigen Instituten untergebracht. Die übrigbleibenden 50,9 pCt. bleiben für die Anstalt grösstentheils verschollen, nur bei 8,6 pCt. findet sich in den Krankenjournalen die Notiz, dass die betreffenden Kranken mehr oder minder bald nach der Enlassung bei den Angehörigen verstorben sind, was man auch von den übrigen Verschollenen wird annehmen können.

Vergleichen wir nun die Zeitdauer, die im Durchschnitt zwischen der Entlassung und dem Wiedereintritt verstrich, so fällt hauptsächlich die erste Gruppe in die Augen, es sind zum überwiegenden Theile solche, welche gegen ärztlichen Rath weggenommen wurden, von denen manche schon in den nächstfolgenden Tagen in die Anstalt zurückgebracht werden mussten. Bei den übrigen handelte es sich vielfach um ruhige Verblödete, die wegen gehäufter Anfälle, dauernder Unreinlichkeit oder wegen intercurrirender Aufregungszustände sich nicht mehr für die Familienpflege eigneten. Die längste Zeit, die derartige Kranke ausserhalb der Anstalt verbrachten, war etwas über 2 Jahre, während die Gebesserten theilweise viel länger ausserhalb der Anstalt sein konnten.

Von den Gebesserten, welche im Durchschnitt 13,85 pCt. der Gesammtabgänge betrugen, kommen für uns nur diejenigen 63 Personen = 34,7 pCt. in Betracht, welche wiederum in die Anstalt zurückkehrten. Bei dieser sowohl als bei der vorhergehenden Gruppe ist die procentuale Betheiligung der Männer grösser als die der Frauen. Von den Gebesserten kehrten in den ersten Monaten relativ wenige in die Anstalt zurück, das Gros der Kranken hielt sich $^3/_4$ bis $1^1/_2$ Jahre ausserhalb der Anstalt. Die längste Dauer der Remission betrug bei einem Manne 4 Jahre 11 Monate, 2 Frauen verblieben gleichfalls über 3 Jahre ausserhalb der Anstalt. Hervorzuheben wäre noch die ziemlich starke Betheiligung der Trinker mit 22,2 pCt.

Von verschiedenen Seiten, ***Grainger-Stewart, Legrand du Saulle, Lionat***[1]) wird der erblichen Anlage ein besonderer Einfluss auf das

[1]) *Mendel*, l. c. S. 265.

Digitized by Google

Auftreten und hauptsächlich (*Legrand du Saulle*) auf die Dauer der Remission beigelegt. Es dürfte gewagt erscheinen, wenn ich nach meinem geringen Zahlenmaterial den Schluss ziehen wollte, dass die Remission bei Belasteten eher kürzer als bei Nichtbelasteten verläuft, wie ich schon früher in der Lage war, aus meinen Tabellen nachzuweisen, dass die Belastung auch auf die Dauer des durchschnittlichen Anstaltsaufenthaltes keine sonderliche Einwirkung zeigt.

Kurz will ich erwähnen, dass ich unter den Entlassenen 2 geheilte Paralysen vorfand. Die objective Beurtheilung der in den Krankengeschichten niedergelegten Thatsachen und Erscheinungen ergab, dass es sich in dem einen Falle um chronische Nicotinvergiftung, im anderen Falle um Delirium alcoholicum handelte, beide Fälle betrafen Frauen, welche relativ kurze Zeit in Behandlung gestanden hatten. Schliesslich möchte ich bei den Abgängen durch den Tod noch die Selbstmorde, Unglücksfälle, Erstickungen erwähnen. Ein gelungenes Succidium konnte ich nur bei einem Manne finden, der sich in der Zelle erhängte, unter den Unglücksfällen fand ich einmal Tod durch Schädelfractur, dann Tod durch Carbolvergiftung, ausserdem fanden sich in 11 Fällen Tod durch Erstickung, unter diesen waren 9 Männer und 2 Frauen, so dass nur in 1,4 pCt. aller Todesfälle derartige unglückliche Zufälle die Todesursache bildeten.

Befunde an der Leiche, namentlich an den Lungen, jedoch mit Ausschluss des Centralnervensystems.

Von den durch Tod abgegangenen 892 Personen wurde bei 830 die Leichenöffnung vorgenommen. Die übrigen 62 waren theils Israeliten, theils solche, welche auswärts beerdigt wurden, oder solche, bei denen die Angehörigen um Unterlassung der Section gebeten hatten. Im Folgenden will ich versuchen, die bei den 830 Sectionen sich ergebenden makroskopischen Befunde in den Körperhöhlen und Organen mit Ausnahme des Centralnervensystems nach Art der jährlichen Sectionsberichte aus den beiden Hamburgischen Krankenhäusern schematisch darzustellen, wobei ich gleichzeitig das Verhalten der Syphilitischen, Tabiker und Trinker berücksichtigte.

Digitized by Google

Tabelle XIII.

	Einfache Paral.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Totalsumme.
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Gefässsystem:											
Pericarditis acuta	11	1	1	1	2	—	3	1	17	3	20
Pericarditis chronica	13	2	2	1	1	1	5	1	21	5	26
Myocarditis incl. Fettherz	8	2	2	1	1	1	3	1	14	5	19
Endocarditis (und Klappenfehler) betr. das Ostium venosum sin.	28	15	3	3	5	3	3	—	39	21	60
- - - ven. et art. sin.	8	5	5	1	4	—	4	1	21	7	28
- - - arterios. sin.	18	6	4	1	3	1	3	1	28	9	37
- - - venos. dext.	3	1	1	1	—	—	1	—	5	2	7
- - - arterios. dext.	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	2
Hypertrophie des linken Ventrikels	16	2	—	1	3	—	5	1	24	3	28
Atheromatose der Aorta	140	55	26	12	24	2	47	7	237	76	313
Thrombose und Infarkt der Lungenarterien	8	11	2	—	1	—	4	—	15	11	26
Obliteration des Herzbeutels	1	—	—	—	1	—	1	—	3	—	3
Foramen ovale offen	8	2	—	1	—	—	2	1	10	4	14
Respirationsorgane:											
Glottisödem	6	—	—	1	1	—	2	—	9	1	10
Pneumonia catarrhalis, Bronchopneumonie	32	4	2	—	3	—	8	1	45	5	50
Bronchitis acuta	3	—	1	—	—	—	1	—	5	—	5
Bronchitis purulenta	65	20	9	2	16	3	24	2	116	27	143
Gangraena pulmonum	29	8	3	3	3	—	7	2	46	13	59
Emphysema pulmonum	54	20	5	1	14	5	18	8	91	34	125
Oedema pulmonum	171	46	42	11	41	8	59	12	313	77	390
Hyperämie der Lunge	125	39	27	8	30	9	39	8	221	64	285
Frischer Belag auf der Pleura	15	3	3	—	—	—	2	—	20	3	23
Seröses Exsudat	54	15	4	2	8	1	12	4	78	22	100
Eitriges Exsudat	7	1	3	—	1	—	5	1	16	2	18
Alle pleuritischen Schwarten	14	3	1	—	2	—	7	—	24	3	27
Verdauungsorgane:											
Magengeschwür (Ulcus rotund.)	10	5	1	—	—	—	2	—	13	5	18
Darmkatarrh	19	4	2	1	8	1	6	1	35	7	42
Darmdiphtherie	5	8	2	3	3	—	3	1	13	12	25
Peritonitis	5	2	—	2	1	—	2	1	8	5	13
Fettleber	106	27	11	10	16	3	33	7	166	47	213
Hepatitis (Cirrhose)	5	1	1	—	3	—	11	1	20	2	22
Cholelitiasis	11	12	3	5	3	2	6	1	23	20	43
Milztumor a) geringeren Grades	145	44	25	8	26	6	50	13	246	71	317
b) stärkeren -	45	14	12	5	9	2	14	3	80	24	104
Milz, hämorrhagischer Infarkt	2	2	—	—	—	—	1	—	3	2	5
Harn- und Geschlechtsorgane:											
Nephritis chronica	40	26	5	7	10	4	19	4	74	41	115
Fettniere	9	6	2	1	3	—	—	—	14	7	21

Digitized by Google

	Einfache Paral.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Totalsumme.
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Niereninfarkt	13	5	2	3	1	—	3	1	19	9	28
Nierenabscess und Metastasen	26	8	4	3	3	—	7	2	40	13	53
Pyelitis	5	—	1	2	2	1	3	—	11	3	14
Cystitis	23	19	4	4	5	2	7	5	39	30	69
Diphtherie der Blase	6	2	—	2	—	1	3	1	9	6	15
Ovarialcysten und Tumoren	—	6	—	10	—	1	—	3	—	20	20
Infectionskrankheiten etc.:											
Miliartuberculose	38	8	5	3	4	—	12	4	59	15	74
Chronische Phthise	80	19	8	10	9	—	15	4	112	33	145
Kehlkopfphthise	4	—	—	1	—	—	1	1	5	2	7
Nierentuberculose	9	1	—	—	—	—	2	—	11	1	12
Darmtuberculose	19	7	3	5	3	—	5	—	30	12	42
Pneumonia crouposa (fibrinosa)	163	44	29	17	19	—	50	8	261	69	330
Erysipel, pyämische Processe	6	2	1	—	—	—	2	—	9	2	11
Bösartige Neubildungen	2	1	—	1	—	—	—	1	2	3	5
Parasiten (Echinococcus)	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Rippenfracturen	9	—	—	—	1	—	5	1	15	1	16

Wenn der Leser die schwierige und aufreibende Arbeit bedenkt, die es macht, aus Hunderten von Sectionsprotokollen die wichtigsten pathologischen Veränderungen auszuziehen und dann dieses gewaltige Material zu ordnen und zu sichten, dann wird er die kleinen Fehler und Unrichtigkeiten, die bei einer derartigen Arbeit nothwendig mit unterlaufen, wohl entschuldigen. Wenn ich nunmehr zu einer kurzen Kritik unserer Befunde übergehe, so will ich im Vorhinein bemerken, dass ich zu den Vergleichen mit den Befunden an Nichtparalytischen fast ausschliesslich die betreffenden Capitel in *Eulenburg*'s Realencyklopädie der gesammten Heilkunde benutzte.

Unter den verschiedenartigen Befunden an der Leiche fallen vor Allem die häufigen Veränderungen am Herzen und am Gefässsystem überhaupt in die Augen. Es handelt sich fast ausschliesslich um sklerotische oder atheromatöse Processe. Am augenfälligsten ist dies bei der chronischen Endocarditis deformans, welche unmittelbar über den Aortenklappen am Anfagstheile der Aorta ascendens, das ist an derjenigen Stelle, wo sie ausnahmslos zuerst aufzutreten pflegt, makroskopisch bei 37,7 pCt. der Obducirten nachzuweisen war. Tritt diese Erkrankung nach dem 50. Lebensjahre auch sonst ungemein häufig auf, so dass sie

Digitized by Google

im eigentlichen Greisenalter eine regelmässige Erscheinung bildet, während man sie bereits jenseits des 35.—40. Lebensjahres in Form von einzelnen leicht gelblichen Flecken nur selten ganz vermisst, so scheint mir der Paralysebefund doch dadurch ausgezeichnet, dass die Entartung bereits weiter vorgeschritten ist, während sie, da die Hauptsterblichkeit in das Ende der dreissiger und in den Anfang der vierziger fällt, normaliter die Fleckenform bevorzugen müsste. Dass der Process bereits ziemlich vorgeschritten ist, schliesse ich daraus, dass man in der Regel fettige Usuren, atheromatöse Vernarbungen, wenn nicht bereits Kalkauflagerungen antrifft. Nur in wenigen Fällen von Paralysen im höheren Alter ist der atheromatöse Process soweit vorgeschritten, dass es zu einer compensirenden Hypertrophie des linken Ventrikels kam, diejenigen Fälle von Ventrikelhypertrophien höheren Grades, welche in der Tabelle verzeichnet sind, müssen hingegen mit den eigentlichen Herzklappenfehlern in Beziehung gebracht werden. Letztere finden sich in reichlicher Zahl, was sich besonders prägnant zeigt, wenn wir die Resultate der Sectionen in den beiden Hamburger allgemeinen Krankenhäusern für die Jahre 1889 und 1890 dagegen vergleichen. Auf hundert reducirt ergeben sich für das alte Krankenhaus 2,8, für das neue 3,4, für unsere Paralytiker hingegen 16,1. Eine weitere Statistik aus dem Friedrichsberger Leichenhause für das Jahr 1890 ergab für die Paralyse 12,4, für sämmtliche Geisteskrankheiten dagegen 24,6 pCt. In Bezug auf die Häufigkeit, mit der die einzelnen Herzklappen heimgesucht wurden, weicht unsere Statistik von den sonst bekannten Befunden nicht wesentlich ab, auch hier sind am häufigsten die Mitralerkrankungen, während die Klappenfehler des rechten Herzens selten sind. Diese Endocarditis jedoch mit der Endarteriitis der Gefässe in ursächliche Verbindung zu bringen resp. von letzterer abzuleiten, dürfte aus dem Grunde schon nicht angehen, weil bei der Paralyse die Veränderungen an den Klappen, zumal was die Kalkbildung betrifft, viel intensiver zu sein pflegt als man sie bei der Endarteriitis in der Regel antrifft. Deutlich genug spricht sich hingegen die Wirkung der Endocarditis in der Ueberfüllung des Venensystems, namentlich des Gehirnes und seiner Häute aus, wobei sie allerdings durch die Arteriosklerose der kleinen Gehirn- namentlich der Basalarterien eine mächtige Stütze erhält. Nur selten kommt es bei der Paralyse

Digitized by Google

zu jenen extremen Blutstauungen, welche zu hydropischen Ergüssen im Unterhautzellengewebe und in die serösen Säcke des Körpers führen. Die geringe Anzahl von ca. 20 derartigen Fällen möchte ich insgesammt der Phthise zuschreiben. Da die Pericarditis eine Krankheit des mittleren Lebensalters ist, so ist die Zahl unserer acuten Fälle keine zu grosse, es handelte sich fast ausschliesslich um Hydropericard, unter die chronische Form habe ich die Sehnenflecke mit eingerechnet, wobei die Gesammtzahl etwas zu gering ausgefallen sein dürfte. Völlige Obliteration der Herzbeutels fand sich nur bei Männern, sie bleibt auch hier in bescheidenen Grenzen, ob sie bei der Paralyse häufiger als bei anderen Geisteskrankheiten zur Beobachtung kommt, vermag ich nicht zu entscheiden. Bei der fettigen Degeneration des Herzmuskels ist die Betheiligung der Trinker nicht gerade hervorragend, wie man erwarten sollte. Die relativ grosse Zahl der Thrombosen und Infarkte der Lungenarterien erklärt sich aus der grossen Zahl der Herzerkrankungen überhaupt. Anhangsweise möchte ich noch constatiren, dass die angeborene Anomalie des Offenbleibens des Foramen ovale ziemlich häufig in beiden Geschlechtern zur Beobachtung kam, nicht selten gepaart mit Stenose des Pulmonalostiums.

Von den Veränderungen in den Respirationsorganen nenne ich zunächst das Glottisödem. Für sein Entstehen kommen für uns 2 Ursachen zumeist in Betracht, einmal das Eindringen von Fremdkörpern in die Luftwege beim Tod durch Ersticken; wenn, wie ich späterhin zeigen werde, 11,4 pCt. der Paralysen im Anschluss an gehäufte apoplecti- und epileptiforme Anfälle zu Grunde gehen, dann müssen wir andrerseits auch eine durch die Krämpfe bedingte ein- oder doppelseitige Compression der Vena jugularis von Seiten der Halsmusculatur bei Krampfanfällen als Ursache heranzuziehen (vgl. ***Sestier, Eulenburg*** Bd. XI S. 506). Acute Bronchitis fand sich nur sporadisch und fast ausschliesslich bei Männern, Bronchitis purulenta schon wieder häufiger. Ueber die grosse Anzahl der übrigen Lungenaffectionen wird man sich nicht wundern, da man seit langem weiss, dass Erkrankungen des Gehirns und organische Veränderungen in den Lungen sehr häufig gleichzeitig zur Beobachtung kommen. Ich werde mich späterhin ausführlich über diese Sache aussprechen, hier nur noch einige Worte über den ätiologischen Zusammenhang. Die Lungenödeme weisen auf eine gewisse

Digitized by Google

Beziehung zu den Hyperämien der Lunge hin, welche zu den regelmässigsten Lungenbefunden bei Paralysen zählen, andrerseits ist Lungenödem ein regelmässiger Befund bei protrahirenden Krankheiten und namentlich solchen mit langer Agonie, wozu die Paralyse gleichfalls zu rechnen ist. Die Emphyseme dürften mit einem etwas verfrühtem Nachlass der elastischen Kräfte der Lunge in Zusammenhang zu bringen sein, ein Zustand, der sich bei unseren Kranken namentlich bei den männlichen Trinkern und Tabikern zur Geltung bringt. Auch bei der Lungengangrän finden wir ein beträchtliches Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes, bei der relativen Seltenheit dieser Erkrankung sind unsere Zahlen recht bedeutende. Die häufige Gesellschaftung der Lungengangrän mit fibrinöser Pneumonie dürfte auch bei der Paralyse auf den Zusammenhang beider, speciell der Unterart der letzteren, der Schluckpneumonie hinweisen. Das besonders häufige Auftreten der Lungengangrän bei Potatoren spricht sich in unseren Zahlen nicht aus, vielleicht deshalb, weil die Trunksucht durch die Krankheit aufgehoben wurde, mit anderen Worten, weil durch den Anstaltsaufenthalt aus unseren Trinkern unfreiwillige und unbewusste Abstinenten geworden waren. Von den Veränderungen der Pleura finden wir unter den vier hauptsächlichsten Formen am seltensten das eitrige Exsudat, den Pyothorax, etwas häufiger, doch in den Gesammtzahlen wenig unterschieden, den frischen pleuritischen Belag und die alten pleuritischen Schwarten, während das seröse Exsudat der Zahl nach die übrigen Formen weit übertrifft, namentlich zeichnet es sich durch eine stärkere Betheiligung des weiblichen Geschlechtes aus, die bei den anderen 3 Formen mehr zurücktritt. Die relativ häufigen Erkrankungen der Pleura sind wohl ausschliesslich zum kleineren Theile auf die Pneumonien, zum grösseren auf die Phthisen zurückzuführen, das eitrige Exsudat dürfte vorzüglich mit letzteren und den Lungengangränen in Zusammenhang zu bringen sein.

Von den Erkrankungen der Verdauungsorgane führe ich zunächst die Magengeschwüre und Magenblutungen an. Auf letztere werde ich bei den speciellen Lungenbefunden noch einmal zurückkommen, erstere, die wir als Trophoneurosen aufzufassen haben, halten sich in bescheidenen Grenzen, doch finden wir sie in den Sectionsberichten der beiden allgemeinen Krankenhäuser noch selte-

Digitized by Google

ner verzeichnet. Bei den ziemlich häufigen Darmkatarrhen tritt die starke Betheiligung der Tabiker vor, wodurch die so häufigen crises gastriques im Leben auch an der Leiche ihre Bestätigung finden. Die diphtheritischen Darmentzündungen sind wohl zum grössten Theile als secundäre pyämische Infection aufzufassen, die meist mit gleichzeitigem Decubitus in Zummenhang zu bringen sein wird, doch muss ein Theil derselben als primäres Leiden aufgefasst werden, da in den Jahren 1885 und 1886 in der Anstalt eine Ruhrepidemie herrschte, der auch einzelne Paralytiker zum Opfer fielen. Die geringe Zahl von Peritonitiden ist wohl ausnahmslos tuberculösen Ursprungs. Fettlebern wurden bei 25,6 pCt. aller Secirten gefunden, darunter in einer grösseren Anzahl die Combination der Fettleber mit interstitieller Wucherung, die cirrhotische Fettleber, auch hier wird der tuberculösen Dyskrasie der entscheidende Einfluss zugewiesen werden müssen. Bei der reinen Cirrhose der Leber tritt die hervorragende Betheiligung der Trinker besonders in den Vordergrund. Bei der Cholelitiasis bestätigt sich die bekannte Regel, dass sie bei Frauen häufiger gefunden wird als bei Männern, auch bei uns ist das Verhältniss der beiden Geschlechter zu einander wie 3 : 2. Zur Erklärung dieser Thatsache dürfte bei der Paralyse auch noch der Umstand in Betracht zu ziehen sein, dass Paralyse im höheren Alter bei Frauen relativ häufiger ist als bei Männern. Eine ganz besondere und meines Wissens bisher nicht genügend betonte Bedeutung verdient der Milztumor, den ich nach unseren Sectionsprotokollen bei genau der Hälfte aller Secirten (50,7 pCt.) fand, wobei, wenn man von den syphilitischen Frauen absieht, eine stärkere Betheiligung eines der beiden Geschlechter oder eine abnorm grosse Antheilnahme einer unserer 3 Untergruppen nicht stattfindet. Es handelt sich hier mehr um die chronische als um die acute Form des Milztumors, bedingt durch Stauungen des Blutkreislaufs, die wohl in erster Linie mit den zahlreichen Lungenerkrankungen in Beziehung zu bringen ist: auffallend erscheint es, dass die Syphilis bei den Männern nicht mehr vortritt, obgleich gerade bei ihr nach mehreren Autoren der Milztumor constant vorhanden sein soll. Eines fällt bei unseren Syphilitikern ins Gewicht, nämlich dass ihre Zahl bei den Tumoren stärkeren Grades besonders vortritt. Diese starke Annäherung der Zahlen für den Tumor geringeren und stärkeren

Digitized by Google

Grades ist ausserdem nur mehr bei den männlichen Tabikern nachzuweisen, wodurch die Abhängigkeit der Tabes von der Syphilis auch nach dieser Richtung eine kleine Stütze empfängt. Gering ist die Zahl der hämorrhagischen Infarkte in der Milz, während der Fall von Ecchymosen in die Milzkapsel bei Paralyse in der Literatur bisher vereinzelt dastehen dürfte.

Unter den Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane stehen die Nierenerkrankungen, welche bei 26,1 pCt. aller Fälle makroskopisch constatirt wurden, obenan. Unter diesen steht wieder die „atrophische harte Niere" an der Spitze. Die von mir gefundenen Zahlen für die Schrumpfniere erscheinen etwas gering, doch konnten nur jene Fälle benutzt werden, bei denen sich die Veränderung nach dem Sectionsprotokolle als eine sehr ausgeprägte darstellte. Die Schrumpfnieren verdienen für uns auch deshalb eine besondere Beachtung, als zwischen Nierenschrumpfung einerseits und den endarteriitischen Processen an den kleinen Gehirngefässen ein gewisser Parallelismus besteht, worauf bereits von verschiedenen Autoren[1]) aufmerksam gemacht worden ist. Dieser Parallelismus spricht sich in unseren Tabellen in der Weise aus, dass einmal die Zahl der makroskopisch festgestellten Schrumpfnieren und Atherosen der Basalgefässe des Gehirnes nahezu die gleiche ist, dann auch in dem Umstande, dass bei beiden die Betheiligung der 3 Untergruppen besonders vortritt, was namentlich für die weiblichen Syphiliszahlen gilt. Um ein bedeutendes geringer aber immerhin noch recht zahlreich ist die suppurative Nephritis, bei deren Entstehung die primäre Pyelonephritis wohl höchst selten, am häufigsten Embolien und Infarkte im Gefolge von pyämischen Processen in Frage kommen. Die Fettnieren halten sich in bescheidenen Grenzen, als Ursache möchte ich wohl ausschliesslich die tuberculöse Cachexie bezeichnen. Auch die hämorrhagischen Infarkte der Nieren finden sich nicht sehr zahlreich. Die beachtenswerthe Zahl der Cystididen hat nichts Auffälliges, gehören doch Blasenstörungen mit zu den regelmässigsten Folgezuständen der allgemeinen Paralyse, auch anatomisch lässt sich Cystitis aus der Sklerose der Gehirnarterien, die als regelmässige Folge der Bulbärparalyse im weiteren Verlaufe eine eitrige Cystitis mit sich

[1]) *Eulenburg.* Bd. I. S. 691.

Digitized by Google

bringt, erklären, dabei ist allerdings zu bedenken, dass derartige extreme Zustände sich mehr bei senilen Erkrankungen der Gefässe als bei der Paralyse sich entwickeln, gleichwohl giebt es auch bei der Paralyse eine Reihe von Fällen mit jenen extremen Gefässveränderungen und deren für uns hier in Betracht kommenden Folgezuständen. Dass die Fortleitung dieser eitrigen Entzündung in die Harnleiter bei der Paralyse nicht allzu häufig ist, bezeigt die geringe Zahl unserer Pyelitiden. Auch die schwerste Affection der Blase, die Blasendiphtherie hält sich gleich der Darmdiphtherie, wenn man bei dieser die Ruhrfälle abzieht, in engen Grenzen, sowie die Ursache bei beiden die gleiche sein dürfte. Im Ganzen genommen wurden entzündliche und septische Veränderungen an der Blase und den Harnleitern bei 11,7 pCt. der Secirten gefunden. Ovarialcysten- und Tumoren finden sich in ziemlich beträchtlicher Anzahl, wobei die hervorragende Betheiligung der Syphilitischen besonders auffällt, ausserdem wurden bei 2 Frauen Dermoidgeschwülste und bei 7 Frauen, darunter nur mehr einer Luetica Tubencysten gefunden. Am Uterus wurden Fibrome und Myome in nicht sehr beträchtlicher Zahl constatirt.

Die Infectionskrankheiten beschränken sich fast ausschliesslich auf diejenigen, welche ihren Hauptsitz in den Lungen haben. Hier will ich nur noch das Erysipel und die pyämischen Processe berühren, da ich die Veränderungen an den Lungen, deren hervorragender Bedeutung gemäss, gesondert betrachten will. Auch von den Erysipelen fanden wir an der Leiche nur die geringe Zahl 11, während Erysipele im Verlaufe der Paralyse selbst gar keine seltene Erscheinung bilden.

Bösartige Neubildungen und Parasiten fanden sich nur sporadisch, es handelte sich einmal um Krebs am Wurmfortsatz, einmal um Leber- sowie dreimal um Nierensarcom. Von Parasiten fand sich nur einmal Echynococcus der Leber, 5 mal wurden an der Leiche Bandwürmer im Darm aufgefunden.

Schliesslich noch einige Worte über die Rippenbrüche, die ich 16mal, darunter 6mal bei Trinkern, fand. Nur in den wenigsten Fällen handelte es sich um kurz vor dem Tode entstandene Fracturen, in einigen Fällen war angegeben, dass die Fractur schon vor dem Eintritt in die Anstalt acquirirt worden war, nur in drei Fällen wurden mehrfache Rippenfracturen an einer Leiche constatirt.

Digitized by Google

Veränderungen an den Lungen.

Wenn ich die Lungenerkrankungen bei Paralyse besonders eingehend bespreche, so dürfte dies berechtigt erscheinen. Das häufige Zusammentreffen von Lungenerkrankungen und Geisteskrankheiten wird schon seit langem von der Fachwelt gewürdigt, insbesondere sind die häufigen Pneumonien, an denen die Paralytiker zu Grunde gehen, nichts Unbekanntes, ebenso wie man seit längerer Zeit jene eigenthümlichen Hämorrhagien und Echymosen kannte, welche *Samuel*[1]) auf Dystrophien der Gefässwände zurückführt, die in Folge schwerer Erkrankung der nervösen Centralorgane eintreten. Ich gedenke in der Folge die verschiedenen Lungenerkrankungen bei Paralyse, namentlich dahin zu prüfen, ob sie sich in Bezug auf ihre Localisation von den gleichen Erkrankungen bei Nichtgeisteskranken resp. Nichtparalytikern wesentlich unterscheiden.

Bronchopneumonie, fibrinöse Pneumonie.

(Siehe Tabelle XIV.)

Betrachten wir zuerst die katarrhalische Entzündung der Lunge, die Bronchopneumonie, so fällt zunächst das Missverhältniss auf, welches in der geringen Betheiligung der Frauen gegenüber den Männern besteht. Immerhin bleibt die Bronchopneumonie an der Leiche auch für die Männer eine relativ seltene Erscheinung, für beide Geschlechter zusammen stellt sich das Procentverhältniss auf 6,02. Von den einzelnen Lungenpartien blieb nach unserer Statistik nur der rechte Mittellappen frei, so weit sich aus so kleinen Zahlen schliessen lässt, sitzt die Krankheit häufiger in der linken als in der rechten Lunge, ausserdem mit Vorliebe in den Unterlappen. Bei der fibrinösen Pneumonie habe ich in der Tabelle die beiden Hauptformen der Veränderung des Lungengewebes, die Verdichtung (engouement) und die Hepatisation (graue und rothe zusammengenommen) getrennt berücksichtigt. Fibrinöse Pneumonie konnte an der Leiche in 330 Fällen = 32,5 pCt. nachgewiesen werden. In fast $^3/_4$ aller Fälle bestanden Hepatisation und pneumonische Verdichtung an einer Lunge neben einander, während Hepatisation ausnahmslos vorhanden war. Von den einzelnen Un-

[1]) *Eulenburg.* Bd. XX. S. 257.

Digitized by Google

Tabelle XIV.

Sitz der Erkrankung.	Bronchopneumonie.											Fibrinöse Pneumonie.											
												Stadium der Verdichtung.									Stadium der Hepatisation.									
	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Rechter Oberlappen . .	2	—	—	—	—	—	1	—	3	—	3	20	6	4	—	5	—	10	—	39	6	45	18	3	2	2	2	—	4	1	26	6	32
Linker - . .	6	—	—	—	1	—	2	—	9	—	9	10	4	1	—	2	—	2	—	15	4	19	7	2	—	—	—	—	3	—	10	2	12
Beide - . .	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	2	3	3	2	—	—	—	1	1	6	4	10	2	2	1	—	1	—	2	1	6	3	9
Rechter Mittellappen .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	1	—	1	—	1	—	1	—	4	—	4
Rechter Unterlappen .	3	1	—	—	1	—	1	—	5	1	6	25	7	5	1	5	1	7	2	42	11	53	37	7	11	2	4	2	14	1	66	12	78
Linker - .	9	1	—	—	1	—	—	1	10	2	12	26	12	7	3	3	2	8	1	44	18	62	44	12	8	4	5	1	12	2	69	19	88
Beide - .	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	14	1	—	—	3	—	—	1	17	2	19	21	6	4	3	5	1	8	1	38	11	49
Rechter Ober- u. Mittellappen	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	1	—	1	—	1	—	3	—	3	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2
Rechter Unter- u. Mittellappen	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	2	—	—	—	—	1	—	2	1	3	1	4	2	2	—	—	—	—	1	—	3	2	5
Ober-, Mittel- u. Unterlappen rechts . . .	—	—	1	—	—	—	1	—	2	—	2	11	3	—	—	1	—	2	—	14	3	17	13	3	2	—	1	—	4	—	20	3	23
Ober- und Unterlappen links	4	1	—	—	—	—	—	—	4	1	5	10	2	2	—	—	—	3	—	15	2	17	6	6	2	—	4	2	3	—	15	8	23
Ganze Lunge	4	—	—	—	—	—	1	—	5	—	5	2	—	1	—	—	—	4	1	7	1	8	4	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4
	32	3	2	—	3	—	8	1	45	5	50	124	38	23	4	21	3	40	7	208	52	260	156	42	32	11	23	6	52	6	263	66	329

Digitized by Google

tergruppen zeigt keine eine abnorm starke Betheiligung, nur bei der pneumonischen Anschoppung der ganzen Lunge erscheinen die männlichen Trinker sichtlich bevorzugt. Nunmehr möchte ich in Bezug auf den Sitz der Erkrankung meine Befunde mit den Angaben *Koranyi*'s (*Eulenburg* Bd. XII. S. 193) vergleichen. Nach *Koranyi* ist die rechte Lunge der häufigste Sitz der Pneumonie, in etwas mehr als der Hälfte der Fälle ist diese allein, in beiläufig 33 pCt. die linke Lunge entzündet, in 15 pCt. beide Lungenflügel. Unter den einzelnen Lungenlappen ist es der untere, der am häufigsten erkrankt und an dem die Erkrankung am häufigsten beginnt; etwa in drei Viertel der Fälle ist dieser Lappen für sich allein oder mit anderen Lappen ergriffen, während die Oberlappen in zwei Fünftel, die Unterlappen allein in 48 pCt., die Oberlappen allen in 20 pCt. ergriffen sind.

Auch bei unseren Paralytikern zeigt sich eine stärkere Betheiligung der rechten Lunge. Beide Stadien zusammengenommen fallen auf die rechte Lunge 270 gegenüber 221 auf der linken. In Procenten gerechnet fällt auf die rechte Lunge allein 46,3, auf die linke allein 37,9, auf beide Lungenflügel zusammen 15,4. In 77,4 pCt. waren die Unterlappen für sich oder mit anderen Lappen angegriffen, was bei den Oberlappen nur in 34,0 pCt. der Fall war; der Unterlappen allein war in 77,3 pCt., der Oberlappen allen in 20,4 pCt. ergriffen. Vergleicht man die beiderseitigen Resultate, so ergiebt sich eine grosse Uebereinstimmung, nur in Bezug auf die Betheiligung der Unterlappen allein finden wir einen gewaltigen Ueberschuss auf Rechnung der Paralyse. Als Complication wurde Lungenabscess in 3 Fällen beobachtet, sämmtlich Männer, unter ihnen ein Trinker.

Lungenschwindsucht.

Die Phthisis tuberculosa wurde in 209 Fällen beobachtet, was einem Procentverhältniss von 26,3 entspricht; ich machte bereits in meiner früheren Arbeit[1]) auf den gewaltigen Unterschied zwischen Friedrichsberg und Dalldorf aufmerksam, wo *Ascher* unter 622 nur 30 Fälle = 4,82 pCt. gefunden hatte. Ich suche die Ursache für diese Erscheinung in der Ueberfüllung unserer Siechenhäuser, in welchen das Gros der Paralytiker untergebracht ist. In unseren

[1]) Diese Zeitschrift. Bd. 49.

Digitized by Google

Fällen fällt auf die chronischen Phthisen genau die doppelte Anzahl gegenüber den Miliartuberculosen, das gegenseitige Procentverhältniss stellt sich auf 66,6 : 33,4. Auch hier habe ich die Befunde an der Leiche nach dem Sitze der Erkrankung geordnet in einer Tabelle vereinigt und zwar mit den drei Unterabtheilungen Miliartuberculose, Cavernen und käsige Herde. (Siehe umstehende Tabelle XV.)

Die drei Unterabtheilungen der Phthise zeigen sich nach den Procentsätzen der Gesammtbetheiligung nur wenig verschieden; an die erste Stelle treten die käsigen Herde mit 36,6 pCt., in zweiter Linie folgen die Miliartuberculosen mit 33,4 pCt. und den Beschluss machen die Cavernen mit 29,8 pCt. In Bezug auf die Häufigkeit, mit der die einzelnen Lappen befallen werden, ergiebt sich Folgendes: Wie bei der fibrinösen Pneumonie, so zeigt sich auch bei der Lungenschwindsucht ein stärkeres Befallensein der rechten Lunge, in Zahlen ausgedrückt ist jedoch der Unterschied nicht mehr so schroff wie bei der Pneumonie, nämlich 92 : 70. In Procenten entfällt auf die rechte Lunge allein 42,2, auf die linke allein 32,1 und auf beide Lungenflügel zugleich 25,6. In 37,1 pCt. waren die Unterlappen für sich oder mit anderen Lappen angegriffen, was bei den Oberlappen in 62,9 pCt. der Fall war. Der Unterlappen allein war in 11,4, der Oberlappen allein dagegen in 60,5 pCt. angegriffen. Eine hervorragende Betheiligung der Syphilitiker, Tabiker und Trinker fällt nirgends in die Augen. Dass die tuberculösen Zerstörungen mit Vorliebe in den Oberlappen sitzen, ist eine allbekannte Thatsache, welche auch von unseren Paralytikern bestätigt wird.

Auffallend gross ist die Zahl der ausgeheilten und vernarbten Spitzenaffectionen, was in Hamburg auch bei den übrigen Psychosen recht häufig beobachtet wird. Anbei eine kleine Zusammenstellung für die Paralyse.

	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Totalsumme.
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Rechte Lungenspitze	20	9	5	1	6	—	9	1	40	11	51
Linke -	14	10	4	3	2	—	5	—	25	13	38
Beide Lungenspitzen	13	6	2	1	8	1	5	1	28	9	37
Summe	47	25	11	5	16	1	19	2	93	33	126

Digitized by Google

Tabelle XV.

Sitz der Erkrankung.	Miliartuberculose.											Cavernen.											Käsige Herde.										
	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Rechter Oberlappen	3	2	1	—	2	—	3	—	9	2	11	12	1	3	2	3	—	3	1	21	4	25	13	7	—	3	2	—	1	—	16	10	26
Linker -	4	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	10	5	1	—	—	—	2	—	13	5	18	11	1	2	1	1	—	3	—	17	2	19
Beide -	5	3	—	—	—	—	1	—	6	3	9	4	—	1	1	—	—	3	1	8	2	10	6	2	—	—	1	—	1	—	8	2	10
Rechter Mittellappen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rechter Unterlappen	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	1	—	1	—	—	—	—	2	2	4	2	—	—	1	—	—	—	1	2	2	4
Linker -	1	1	—	1	—	—	1	1	2	3	5	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	4	—	—	—	1	—	1	1	6	1	7
Beide -	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rechter Ober- und Mittellappen	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Rechter Unter- und Mittellappen	—	—	—	1	—	—	1	1	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Ober-, Mittel- und Unterlappen rechts	4	1	2	—	1	—	1	1	8	2	10	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Ober- und Unterlappen links .	4	1	2	—	—	—	1	—	5	1	6	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	4	1	1	—	1	—	1	—	7	1	8
Ganze Lunge	10	—	—	1	1	—	4	1	17	2	19	1	1	—	1	—	—	—	—	1	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
	37	8	5	3	4	—	12	4	58	15	73	34	8	5	5	3	—	8	2	50	15	65	46	11	3	5	6	—	7	2	62	18	80

Digitized by Google

Es wurden somit insgesammt 126 ausgeheilte Spitzenaffectionen constatirt, was einem Procentverhältniss von 15,2 entspricht. Auch hier tritt die Bevorzugung der rechten Lunge deutlich in den Vordergrund. Auf die tuberculösen Veränderungen in den übrigen Organen will ich hier nicht näher eingehen, die entsprechenden Zahlen finden sich in der Tabelle XIII.

Und nun noch ein Wort über das gleichzeitige Vorkommen von Phthise und fibrinöser Pneumonie. In 33 Fällen konnten phthisische und pleumonische Veränderungen an den Lungen zugleich nachgewiesen werden, sie betrafen bei den Männern 13 einfache Paralytiker, 4 Syphilitiker, 2 Tabiker und 4 Trinker, während unter 10 Frauen nur 3 syphilitische waren. Daraus folgt, dass 15,0 pCt. der Phthisiker an Pneumonie zu Grunde gingen, während andrerseits genau 10 pCt. der Pneumoniker zugleich phthisisch waren.

Uebrige Veränderungen an den Lungen.

Der Vollständigkeit halber habe ich auch noch diejenigen Veränderungen an den Lungen, welche ausser den beiden grossen Infectionsgruppen bei Paralyse häufiger beobachtet werden, in Tabellen zusammengefasst, um zu sehen, ob auch hier die Paralyse mit den sonstigen Typen übereinstimmt oder ob sich auch hier kleine Abweichungen zeigen. (Siehe umstehende Tabelle XVI.)

Wenn ich zunächst mit dem Lungenbrande beginne, so ist sein Auftreten mit 7,1 pCt. ein häufiges zu nennen, im neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg wurde z. B. im Jahre 1890 unter 1380 Sectionen Lungenbrand nur 10 Mal gefunden, was einem Procentsatz von 0,7 entspricht. In Bezug auf die Localisation ist die linke Lunge bevorzugt, es treffen auf die rechte Lunge allein 30,5 pCt., auf die linke allein 50,9, auf beide Lungenflügel zusammen 18,4, es ist also hier in der Hälfte aller Fälle die linke Lunge allein betroffen, während sie bei fast $^3/_4$ der Fälle überhaupt betroffen erscheint. In 76,2 pCt. sind die Unterlappen allein oder mit anderen Lappen ergriffen, was fast genau mit den Procentsätzen der Pneumonie (77,4) übereinstimmt, während die Oberlappen für sich und mit anderen Lappen nur in 49,1 pCt. betroffen waren. Die Unterlappen allein waren in 45,7 pCt. ergriffen, was bei den Oberlappen in 18,4 pCt. der Fall war. Auch das Emphysem wurde häufig beobachtet, in Procenten 15,0, wieder

Digitized by Google

T

Sitz der Erkrankung.	Lungengangrän.											Lungenemphysem.										
	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Rechter Oberlappen .	1	1	—	—	1	—	—	—	2	1	3	3	1	—	—	2	—	—	—	5	1	
Linker - .	5	1	—	—	—	—	—	—	5	1	6	1	—	1	—	—	—	2	1	4	1	
Beide - .	1	—	—	1	—	—	—	—	1	1	2	4	—	—	—	—	—	—	—	4	—	
Rechter Mittellappen .	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	2	3	—	—	—	—	—	2	—	5	—	
Rechter Unterlappen .	4	2	1	—	—	—	1	—	6	2	8	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	
Linker - .	3	2	1	1	2	—	2	—	13	3	16	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	
Beide - .	1	—	—	1	—	—	1	—	2	1	3	2	—	1	—	—	—	—	—	3	—	
Rechter Ober- u. Mittellappen	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	2	1	—	2	—	1	—	7	2	
Rechter Unter- u. Mittellappen	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ober-, Mittel- u. Unterlappen rechts . . .	2	1	—	—	—	—	—	—	2	1	3	9	1	—	—	2	2	3	1	14	4	1
Ober- und Unterlappen links	6	1	—	—	—	—	—	—	7	1	8	5	2	1	1	—	1	1	1	7	5	1
Ganze Lunge . . .	5	—	—	—	—	—	—	—	6	—	6	24	13	1	—	8	2	9	4	42	19	6
	29	8	2	3	3	—	7	2	46	13	59	54	20	5	1	14	5	18	8	91	34	12

eine sehr hohe Zahl, wenn man vergleichsweise bedenkt, dass im neuen Krankenhause unter 1110 Sectionen 14 Fälle gefunden wurden, was in Procenten berechnet 1,2 ausmacht. Unter den Untergruppen fällt hier die starke Betheiligung der Tabiker und Trinker beider Geschlechter auf. Bei der Betheiligung beider Lungenhälften fällt auf die rechte Lunge allein 31,2 pCt., auf die linke allein 14,4, auf beide Lungenflügel zugleich 54,4, die Affection ist somit in über der Hälfte der Fälle eine doppelseitige. In 76,8 pCt. waren die Unterlappen für sich oder im Vereine mit anderen Lappen betheiligt, was für die Oberlappen in 92,0 pCt. der Fall war; die Unterlappen allein waren nur in 4,0 pCt. betheiligt, die Oberlappen allein in 12 pCt. Als Gesammtergebniss finden wir, dass am häufigsten beide Lungenflügel zugleich ergriffen sind, der linke jedoch weniger als wie der rechte, ausserdem zeigt das Lungenemphysem weniger die Tendenz sich auf einzelne Lappen zu isoliren, als vielmehr sich über mehrere Lappen auszudehnen.

Einfache Hyperämie der Lunge wurde bei 34,3 pCt. aller Secirten gefunden, sie ist somit neben dem Oedem eine der häufig-

Digitized by Google

belle XVI.

Hyperämie der Lunge.											Eitrige Bronchitis.										
Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Total.
M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
3	1	—	—	—	1	1	—	4	2	6	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	2
4	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	—	2	—	—	1	—	2	—	3	2	5
3	—	—	—	—	—	2	—	5	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	14	7	3	6	—	9	1	41	18	59	6	2	2	—	4	—	5	1	19	3	22
30	5	8	—	6	1	7	2	51	8	59	10	3	2	—	1	1	5	—	18	4	22
35	10	6	3	11	3	12	2	64	18	82	5	3	2	1	4	—	3	—	14	4	18
—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	1	—	—	2	2	2	1	13	4	17	12	3	—	—	2	—	1	—	15	3	18
5	2	1	1	—	1	1	1	7	5	12	6	2	1	—	—	2	1	—	8	4	12
16	6	4	1	5	1	5	1	30	9	39	23	5	2	1	4	—	6	1	35	7	42
125	39	27	8	30	9	39	8	221	64	285	65	20	9	2	16	3	24	2	116	27	143

sten Erscheinungen an der Lunge. Auf die rechte Lunge allein fallen 28,4, auf die linke allein 27,0, auf beide Lungenflügel zugleich 44,6 pCt. In 90,8 pCt. waren die Unterlappen für sich allein oder mit anderen Lappen betheiligt, während dies bei den Oberlappen nur in 28,0 pCt. der Fall war. Die Unterlappen allein waren in 70,0, die Oberlappen allein nur in 3,8 pCt. ergriffen. Das Schlussresultat ist, dass die Hyperämie der Lungen mit Vorliebe doppelseitig auftritt, bei einseitigem Auftreten dürfte die Bevorzugung einer Lungenhälfte nicht anzunehmen sein; ferner geht aus meinen Zahlen hervor, dass sich die Hyperämie in nahezu $^3/_4$ aller Fälle in den Unterlappen localisirt, während das ausschliessliche Befallensein der Oberlappen eine ungemein seltene Erscheinung bildet.

Die eitrige Bronchitis wurde bei 17,2 pCt. aller Fälle gefunden, ihr Auftreten ist demnach etwas häufiger als das des Lungenemphysems. Auf die rechte Lunge allein fallen 29,3, auf die linke allein 25,1, auf beide Lungenflügel zugleich 44,6 pCt. In 93,8 pCt. waren die Unterlappen allein oder mit anderen Lappen betheiligt,

Digitized by Google

während dies bei dem Oberlappen in 54,8 pCt. zutraf. Auf die Unterlappen allein entfielen 43,3, auf die Oberlappen allein 6,2 pCt. Die eitrige Bronchitis zeigt insofern eine gewisse Aehnlichkeit mit der einfachen Hyperämie der Lunge, als sich hier wie dort für die Betheiligung der beiden Lungenflügel das gleiche Procentverhältniss findet, bei einseitigem Betroffensein wird jedoch die rechte Lunge um ein Geringes bevorzugt, auch bei dieser Erkrankung stellen die männlichen Tabiker und Trinker ein erhebliches Contingent. Die ausschliessliche Betheiligung der Unterlappen tritt mehr zurück zu Gunsten einer stärkeren Betheiligung der Oberlappen.

	Einfache Paralyse.		Lues.		Tabes.		Potus.		Summe.		Totalsumme.
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	
Lungenödem rechts . . .	46	18	7	4	9	3	18	4	80	29	109
- links . . .	45	11	7	3	6	3	7	3	65	20	85
- beiderseits .	80	17	28	4	26	2	34	5	168	28	196
Summe	171	46	42	11	41	8	59	12	313	77	390

Nun noch einige Worte über das Lungenödem, welches bei den Leichenbefunden an Paralytischen die häufigste Erscheinung bildet, es fand sich bei 390 Leichen, somit in 46,9 pCt. Auf die rechte Lunge allein treffen 28,6, auf die linke allein 22,3, auf beide Lungenflügel zugleich 48,9 pCt. Somit ist fast in der Hälfte der Fälle der Sitz doppelseitig, bei einseitigem Auftreten wird die rechte Lunge bevorzugt.

Ehe ich die Lungenerkrankungen bei Paralyse verlasse muss ich noch jene Ecchymosen und Hämorrhagien erwähnen, die ausser der Magenschleimhaut, dem Pericard, den Kapseln der Nieren und der Milz besonders häufig in der Pleura und im Lungengewebe selbst auftreten. Nachdem *Calmeil*[1]) zuerst auf das häufige Zusammentreffen von Lungenleiden und Geisteskrankheiten aufmerksam gemacht hatte, konnte *Brown-Sequard*[2]) experimentell neben entzündlichen Affectionen nach Verletzung des Pons, Corpus striatum und des Thalamus opticus Hämorrhagien in den Lungen, der Pleura,

[1]) *Eulenburg*. Bd. XX. S. 256.

[2]) *Neuberger*, Ueber Veränderungen in den Lungen bei Geisteserkrankungen. Mainz 1889.

Digitized by Google

dem Intestinum und den Nieren constatiren, wobei er nach Durchschneidung einer Ponshälfte Blutungen in der gegenüberliegenden Lunge beobachtete. Auch im Magen fand er nach Verletzungen der Corpora striata, der Hirnschenkel, des Rückenmarks, Erweichung und Geschwürsbildung auf der Magenschleimhaut ohne Schleimhautbildungen. Zu ähnlichen Resultaten gelangte *Schiff*, während später *Nothnagel* und *Heitler* nach Verletzung des Gehirnes an verschiedenen Stellen mehr oder minder ausgedehnte Ecchymosen unter die Pleura, Blutungen ins Lungengewebe und Hyperämie der Lungen erzeugten. *Neuberger*, der die betreffende Literatur zusammenstellte, verzeichnete von den verschiedenen Autoren 18 diesbezügliche Fälle, unter denen sich 5 Paralytiker befanden, unter ihnen 1 Fall aus Friedrichsberg. Ich habe gleichfalls auf diese Hämorrhagien geachtet und ich verzeichnete in 11 Fällen Ecchymosen unter die Pleura, 2 Mal unter die Pleura und im Lungengengewebe zugleich, 3 Mal in letzterem allein. Ausserdem fand ich 2 Mal Ecchymosen in der Magenschleimhaut, 1 Mal sehr zahlreiche Hämorrhagien in der oberen Hälfte des Oesophagus, in einem weiteren Falle zahlreiche Ecchimosen in die Schleimhaut der Trachea und schliesslich in einem Falle zahlreiche punktförmige Ecchymosen in der Kapsel der Milz. Auf eine auszugsweise Wiedergabe der betreffenden Krankenberichte will ich verzichten, um so mehr als keine gleichzeitigen eingehenden Untersuchungen des Gehirnes vorliegen. Ich erwähne hier nur kurz, dass ich einmal apoplektische Cysten in der vorderen Hälfte des Corpus striatum und in den beiden Aussengliedern des Linsenkernes links verzeichnet fand, während die Blutungen unter der Pleura beiderseits sich vorfanden; in einem anderen Falle fand sich bei linksseitigen subpleuralen Ecchymosen ein oberflächlicher Erweichungsherd von Thalergrösse im rechten Hinterlappen; in einem dritten Falle fand ich bei spärlichen linksseitigen Ecchymosen unter die Pleura Verwachsung der Oberfläche beider Corpus striata mit dem Ventrikeldache; in einem vierten Falle schliesslich fanden sich einerseits Hyperämie der Unterlappen beider Lungenflügel, beiderseitige Hämorrhagien ins Lungengewebe, punktförmige und grössere Ecchymosen in die Magenschleimhaut, andrerseits an den beiden mittleren Schädelgruben, sowie auf einer Stelle der rechten Convexität ziemlich frische dünne Hämorrhagien auf der Innenfläche der Dura,

Digitized by Google

sowie rechts vorne am inneren Blatt der Dura eine Verknöcherung von Kürbiskerngrösse.

Werfen wir noch einen letzten Rückblick auf die Veränderungen in den Körperorganen bei allgemeiner Paralyse, so sind es namentlich zwei Gruppen, die sich aus den vielerlei Erscheinungen mächtig herausheben, einmal die zahlreichen Lungenerkrankungen dann jene Gruppe von Erscheinungen, welche mit den sklerotischen Processen im Gefässsystem, jener Quelle der senilen Veränderungen des Gesammtorganismus, in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden müssen.

Betrachten wir zunächst die Lungenerkrankungen, so hatte *Calmeil*[1]) bei 188 Fällen von Gehirnerkrankung mehr als 60 Fälle von Lungenleiden, meistens entzündlicher Natur gefunden, hinter welchem Zahlenverhältnisse unserer Befunde für die allgemeine Paralyse keineswegs zurückstehen. Unter unseren Fällen befinden sich allein 45,7 pCt. Pneumoniker (katarrhalische und fibrinöse Pneumonie zusammengenommen) und 26,3 pCt. Phthisiker, zusammen 62,0 pCt. Zieht man von diesen 25,0 pCt. ab, welche an beiden Erkrankungen zugleich litten, so bleiben immerhin noch 37,0 pCt., d. i. mehr als ein Drittel aller Secirten übrig. Die Bedeutung der Lungenerkrankung steigert sich noch, wenn man die Zahl aller Lungenveränderungen, 1606, mit der Zahl sämmtlicher überhaupt an der Leiche gefundenen Veränderungen vergleicht, das beiderseitige Verhältniss zu einander berechnet sich auf 0,44:1, womit die Lungenveränderungen nahe an die Hälfte sämmtlicher makroskopisch an der Leiche gefundenen Veränderungen heranrücken. In gleich drastischer Weise kommt die Bevorzugung der Geisteskrankheiten, hier speciell der Paralyse zur Geltung, wenn wir unsere Zahlen mit den Sectionsbefunden in den beiden Hamburgischen allgemeinen Krankenhäusern vergleichen. Zu diesem Zwecke addirte ich die Zahlen der Phthisen, Pneumonien, eitrigen Branchitiden, Lungenemphysem und Lungenbrand und stellte die Gesammtsumme der Zahl der Obductionen gegenüber, wobei sich Folgendes herausstellte: Im neuen Krankenhause trafen im Jahre 1889 auf 1110 Sectionen 394 Lungenbefunde, was dem Verhältniss von 1 : 0,35

[1]) *Neuberger*, l. c. S. 1.

Digitized by Google

entspricht. Im alten allgemeinen Krankenhause trafen im gleichen Jahre auf 658 Sectionen 280 Lungenbefunde, im Verhältniss 1:0,42, demgegenüber treffen in Friedrichsberg auf 830 Sectionen von Paralytikern 926 Lungenbefunde, was einem Verhältniss von 1 : 1,11 entspricht.

Die zweite Gruppe bilden diejenigen Veränderungen, welche mit dem arteriosklerotischen (endarteriitischen) Processe in den Gefässen in ursächlicher Beziehung stehen. Wie schon erwähnt bilden derartige Veränderungen bei bestimmten Formen der senilen Demenz, beim Marasmus senilis eine häufige Erscheinung. Die Erweichungen im Gehirne, die senilen Gangränen in den Extremitäten, die Infarkte innerer Organe und namentlich die chronischen Schrumpfungszustände in den Nieren bilden die wesentlichsten Formen und Folgezustände jener Alterserkrankung. Dass die Veränderungen im Körper bei Paralyse mit den Altersveränderungen eine grosse Aehnlichkeit besitzen, wie schon nach Aussen das greisenhafte Aussehen der Kranken bezeugt, weiss man schon lange, weshalb man diesen Zustand ein Senium praematurum, einen frühzeitigen Greisenzustand zu benennen pflegt. Wir werden zu prüfen haben, wie weit sich dies bei den Veränderungen an der Leiche zahlengemäss ausspricht. Ich möchte dies in der Weise thun, dass ich die Atheromatosen der Aorta, die Klappenfehler und Ventrikelhypertrophien, die Thrombosen und Infarkte, die Schrumpfnieren und mit Reserve auch die Milztumoren den übrigen Veränderungen gegenüberstelle. Das Zahlenverhältniss würde sich alsdann folgendermaassen stellen: 1090 : 3614 = 0,3 : 1, woraus zu schliessen wäre, dass über $^1/_4$ der Veränderungen an den Organen auf den arteriosklerotischen Process in den Gefässen zurückzuführen sind.

Eine dritte kleinere Gruppe lässt sich aus jenen Veränderungen in den Organen construiren, welche mit der Phthise in ursächlichem Zusammenhange stehen, nämlich den verschiedenen Pleuraaffectionen, Fettlebern- und Nieren, Darm- und Kehlkopftuberculosen, die der Zahl nach 476 ausmachen, somit die Verhältnissziffer 0,13:1 geben.

Ausser diesen 3 Gruppen, welche zusammen 87 pCt. aller Veränderungen beanspruchen, fallen noch 3 pCt. auf Veränderungen, welche wie Blasenkatarrhe, die Blasen- und Darmdiphtherien direct

Digitized by Google

durch die Gehirnerkrankung bedingt sind, wobei ich den Decubitus ausser Acht lasse, der allein bei 471 Leichen = 56,9 pCt. in geringerem oder stärkerem Grade vorhanden gewesen war. Die Zahl derjenigen, bei welchen der Tod durch allgemeine Erschöpfung eintritt, bei denen, wie *Mendel*[1]) sagt, die Kräfte von Tag zu Tag sinken, ohne dass eine frisch aufgetretene Erkrankung durch die Untersuchung nachzuweisen wäre, wo der Puls schwächer wird, die Temperatur mehr und mehr zurückgeht, und das Leben ohne Todeskampf endet, indem ein Organ nach dem andern den Dienst versagt, dürfte demnach nur eine relativ geringe sein. Meine Aufzählung der Todesursachen wäre nicht vollständig, wenn ich nicht noch erwähnte, dass 11,4 pCt. apoplektiformen Anfällen und deren Folgezuständen erlagen, während bei 6,0 pCt. Apoplexien und Herderkrankungen des Gehirns bestanden.

[1]) l. c. S. 270.

Digitized by Google

Die Königlich Sächsische Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Untergöltzsch.

Vom

Director Med.-Rath Dr. **Lehmann.**

(Hierzu Tafel I.)

Allgemeines.

Die Heil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch liegt im östlichen Theile des Voigtlandes, 5 Minuten vom Marktflecken Rodewisch und etwa $^1/_2$ Stunde von der Stadt Auerbach entfernt. Die Nähe der Bahnstation Rodewisch, welche in 7 Minuten zu erreichen ist, sowie des oberen Bahnhofs Auerbach macht der Bevölkerung die Anstalt leicht zugänglich und sichert die Bequemlichkeit ihrer Benutzung und ihres Besuchs.

Die Anstalt ist auf einem Areal von 11,6 ha auf dem Boden des durch den Staat angekauften vormaligen Rittergutes Untergöltzsch erbaut, dehnt sich in der Längsrichtung des Thales des Göltzschflüsschens aus, an dessen leicht abfallendem Westufer sie liegt, und ist zu beiden Seiten der den Marktflecken mit der Bahnstation Rodewisch verbindenden fiskalischen Strasse (Bahnhofstrasse) angelegt, welche die Trennungslinie zwischen Männer- und Frauenbereich bildet. Das Gut mit seinen zum Theil neu aufgeführten Baulichkeiten und seinem Areal von etwa 97 ha gewährt die Füglichkeit, die Kranken in ausgedehntem Maassstab landwirthschaftlich zu beschäftigen.

Die Anstalt ist nach dem colonialen System angelegt, in Pavillons, und zwar in Häusern mit Erdgeschoss und einem Obergeschoss erbaut, und besteht aus 29 Gebäuden, die sich derart gruppiren, dass zunächst der Bahnhofstrasse beiderseits diejenigen

Digitized by Google

liegen, welche nicht von Patienten bewohnt werden, und peripher davon die eigentlichen Krankenhäuser sich anreihen, so zwar, dass die störendsten Kranken in der grössten Entfernung von der ziemlich lebhaft frequentirten Strasse wohnen. Die genauere Disposition zeigt der Lageplan (Skizze I), aus dem namentlich auch ersichtlich ist, dass sämmtliche Häuser inmitten der Anlagen stehen und theilweise durch grössere, mit Pflanzungen ausgestattete Plätze getrennt sind. Die Entfernung der einzelnen Gebäude von einander, welche reichlich bemessen ist, beträgt im Mindestmaasse die doppelte Höhe der letzteren, sodass Luft und Licht allenthalben freien Zugang finden.

In Bezug auf die Himmelsrichtung liegen die von Kranken bewohnten Häuser (mit Ausnahme von 3 Gebäuden) mit ihrer Längsachse von Südsüdwest nach Nodnordost, sodass sie wesentlich die Strahlen der Morgen- und Abendsonne in die Räume eindringen lassen, den steil auffallenden Strahlen der Mittagsonne dagegen nur in beschränktem Maasse Eingang gewähren. Es ist zwar damit die gewöhnlich für Krankenhäuser geforderte Ostwest-Richtung nicht eingehalten; wenn man jedoch die Thatsache berücksichtigt, dass über den hygienischen Werth des Sonnenlichts noch durchaus divergirende Anschauungen herrschen, so wird man in jener Abweichung keinen Fehler erblicken können. Dagegen besitzt die hier gewählte Stellung den Vortheil, dass die in diesem Theile des Thales vorherrschenden Süd- und Nordwinde auf die Giebelseiten der Gebäude auftreffen und somit in den Innenräumen wenig bemerkbar sind. Gegen die Ost- und Westwinde bieten übrigens die Hügel zu beiden Seiten des Flusses einigermaassen Schutz.

Aeusseres.

Was das Aeussere betrifft, so hat die Anstalt durch die künstlerisch gestalteten Anpflanzungen und Gartenanlagen, sowie durch die zum grossen Theil in Schweizerstil gehaltenen und in mattblauem Sockelstein, gelbem, rothem und braunem Backstein aufgeführten, mit Schiefer gedeckten Gebäude ein ausserordentlich freundliches Aussehen erhalten. Zugleich ist der Eindruck der Beschränkung dadurch vermieden, dass nur die Gärten der beiden Gebäude für unruhige Kranke Mauern erhalten haben, die übrigen Gärten mit Hecken von Weissbuchen eingefriedigt sind, die Anstalt

Digitized by Google

als Ganzes aber nach aussen überhaupt von jeder Umgrenzung frei geblieben ist.

Die Anstalt besitzt an Gebäuden:

I. für die Männer-Abtheilung:

ein Gebäude für ruhige Kranke der 1. Classe,
ein - - - - - 2. - ,
zwei - - - - - 3. - ,
ein - - halbruhige Kranke,
ein - - unruhige - ,
ein - - körperlich und überwachungsbedürftige Kranke.

II. für die Frauen-Abtheilung:

ein Gebäude für ruhige Kranke der 1. Classe,
ein - - - - - 2. - ,
zwei - - - - - 3. - ,
zwei - - halbruhige Kranke,
ein - - unruhige - ,
ein - - körperlich und überwachungsbedürftige Kranke.

III. für gemeinsame Zwecke:

ein Wirthschaftsgebäude, ein Verwaltungsgebäude, drei Beamtenwohnhäuser, zwei Gebäude für das Pflegepersonal (Pflegerheime), Kirchengebäude, Festgebäude, Maschinenhaus, Desinfectionshaus, Sectionshaus, Haus mit den Kläranlagen, Lazarettbaracke.

In den Gutsgebäuden ist eine Abtheilung für weibliche Kranke untergebracht.

Grösse der Innenräume.

Was nun die in hygienischer Beziehung getroffenen Maassnahmen betrifft, so verdient zuerst Erwähnung der Cubikinhalt der Räume, in welchen sich Kranke aufhalten, der Tag- und Schlafsäle sowie der Isolir- und Einzelzimmer. Da derselbe in den verschiedenen Häusern variirt, so mag nur das Durchschnittsmaass angegeben werden. Für Patienten der dritten (untersten) Verpflegclasse ist verfügbar 2270,36 qm an Wohnraumfläche und 2624,72 qm an Schlafraumfläche; d. h. bei einer Zahl von 450 Kranken, die bei voller Belegung der Anstalt etwa auf die dritte Verpflegclasse kommen werden, pro Kopf 5,04 qm Wohnraum- und 5,83 qm Schlafraumfläche, oder bei einer Höhe von 3,70 m, wie sie in den meisten Sälen und Zimmern besteht, 40,22 cbm Inhalt pro Kopf.

Digitized by Google

In den Kranken- sowie den Wachabtheilungen erhöht sich diese Zahl in Folge des Umstandes, dass dort die Höhe der Zimmer 4 m beträgt, auf 43,48 cbm pro Kopf. Da die für die erste und zweite Verpflegclasse bestimmten Gebäude Unterhaltungs- und Speisezimmer enthalten, und da in den dort vorhandenen Wohn- und Schlafräumen immer nur wenige Kranke beisammen leben, so beträgt der auf den Kopf kommende Cubikinhalt bei der zweiten Classe 76,44 cbm und bei der ersten Classe 124,69 cbm. Diese Zahlen dürfen als reichlich grosse bezeichnet werden [1]).

Fussböden, Wände, Decken.

Vor der Beschreibung der inneren Einrichtungen bedürfen die Wandungen einer kurzen Besprechung. Das Kellergeschoss ist gegen den Boden durch Klinkerziegel, welche mit Cement ausgefugt sind, abgedichtet und so gegen eine schädliche Einwirkung vom Untergrund her hinreichend geschützt. In allen Räumen, welche von Kranken bewohnt werden, ist durchweg Eichenriemendielung für die Fussböden in Anwendung gekommen, die ja in Folge ihrer festen Fügung, ihrer Härte und geringen Porosität für Staub und Flüssigkeit in sehr unbedeutendem Maasse durchlässig ist. Diese Riemen sind mit Wachsbeize behandelt und mit Leinölfirniss durchtränkt. In den Vorräumen, den Bädern und Spülküchen, in welchen Undurchlässigkeit des Bodens unbedingtes Erforderniss ist, sind Steinfliesen gelegt. Als Material zur Füllung der Fehlböden ist geglühte Asche verwendet worden.

Die Wände aller Räume sind mit Kalkfarbe gestrichen, um einmal die Porenventilation nutzbar zu machen und um ferner etwa eingedrungene infectiöse Keime und unreinliche Stoffe sofort durch einen Neuanstrich entfernen zu können. Tapeten sind nirgends vorhanden. In allen Schlaf- und Wohnräumen der dritten Verpflegclasse sowie in sämmtlichen Badezimmern, Spülküchen und Closeträumen tragen die Wände bis zur Höhe von $1^1/_2$ m vom Boden aus Oelanstrich. In den Isolirzimmern wurden unter grösserer Betonung der Rücksichten auf Reinlichkeit als der auf die Porenventilation Wände sowohl wie Decken mit Oel gestrichen. Um

[1]) Bei dieser Berechnung sind die Isolirzimmer (Zellen) nicht berücksichtigt, da dieselben nicht als regelmässig benutzte Aufenthaltsräume anzusehen sind. Von ihrem Cubikinhalt wird später die Rede sein.

Digitized by Google

aber allen Räumen ein wohnlicheres Aussehen zu geben, erhielten die Wände farbige Muster, die den bei Tapeten üblichen ähneln.

Die Decken aller Zimmer und Säle sind mit einem Anstrich von Kalkfarbe versehen, mit Ausnahme derjenigen der Isolirzimmer, welche wie bereits erwähnt, in Oel gestrichen sind.

Thüren und Fenster.

Die Thüren sind mit wenigen Ausnahmen einflügelig und weisen die übliche Grösse auf. An den Isolirzimmern sind dieselben mit Basküllverschluss versehen und enthalten zur Hälfte ihrer Zahl eine Füllung von dickem Glas, die durch ihre Grösse einmal eine bequeme Uebersicht des Innenraums ermöglicht und ferner denjenigen isolirten Kranken, welche relative Besonnenheit besitzen, die Thatsache des Beobachtetseins zum Bewusstsein bringt.

Die Fenster stellen Kastenfenster aus Eichenholz mit Basküllverschluss dar und sind in genügender Menge sowie in hinreichender Grösse (Höhe 1,85 m, Breite 1 m) vorhanden. Diejenigen der Isolirzimmer sollen bei Besprechung dieser Erwähnung finden.

Heizung.

Bei der erheblichen räumlichen Ausdehnung des Anstaltsbereichs musste von vornherein von gewissen Heizsystemen, die bei kleineren Anlagen den Vorzug verdienen, abgesehen werden. Da ferner bei der Installirung der für ruhige Kranke bestimmten Gebäude möglichst Einrichtungen angestrebt wurden, welche der Bevölkerung von Hause bekannt und vertraut sind und somit den Charakter der Privathäuser wiedergeben, so wurde für diese Gebäude das locale Heizsystem gewählt, und zwar Regulirschüttöfen, die aus einem Heizkörper von Chamotte bestehen und einen eisernen Mantel besitzen, welch' letzterer in seinem untersten Theile sowohl wie in dem oberen Oeffnungen aufweist, sodass die unten aus dem Zimmer abgesogene kalte Luft oben erwärmt in dasselbe zurückströmt. Die Oefen wirken so einmal als Feuerherde und ferner noch durch Circulation der Zimmerluft.

Für die übrigen Gebäude, welche von Kranken bewohnt sind, fiel die Wahl auf das System der Warmwasserheizung, das in der bekannten Weise angelegt ist. Die Heizkörper bestehen aus einem Register von Rippenrohren und sind mittelst Drosselklappen derart regulirbar, dass jeder einzelne Raum beliebig in das Rohrnetz

Digitized by Google

ein- und ausgeschaltet werden kann. Die Mäntel, welche den Heizkörper umkleiden, sind im Allgemeinen aus Holz hergestellt, bleiben unten und oben offen und zeigen Schrankform; nur in den Isolirräumen bestehen sie aus Gusseisen mit Drahtgeweben, welche am Boden und an der Decke angebracht sind. Eine Ventilationseinrichtung ist damit nicht verbunden. Wenn an eine Heizanlage, die ihrem Zwecke in vollkommenem Maasse genügen soll, die Anforderungen gestellt werden, dass sie die Räume gleichmässig erwärmt, dass sie ferner die Luft nicht austrocknet und keine gesundheitsschädlichen Stoffe in die Zimmer führt und dass sie endlich einen möglichst einfachen und gefahrlosen Betrieb garantirt, so muss zugegeben werden, dass das hier verwendete Warmwasserheizungssystem mit seiner guten technischen Ausführung diese Bedingungen nach den bisher gemachten Erfahrungen durchaus erfüllt.

Ventilation.

Von künstlichen Ventilationseinrichtungen wurde wegen der freien Lage der Anstalt sowie der verhältmässigen Kleinheit der Gebäude vollständig abgesehen, man beschränkte sich vielmehr nur auf die Anbringung von verstellbaren Glasjalousien, welche in die oberen Felder der Fenster eingesetzt wurden. Eine Ausnahme davon ist nur in den Isolirzimmern gemacht, bei deren Beschreibung auf die Ventilationseinrichtung zurückzukommen sein wird.

Beleuchtung.

Nachdem sich die elektrische Beleuchtung in vielen Krankenhäusern und Irrenanstalten Eingang verschafft und bewährt hatte, wurde diese Beleuchtungsart unter Benutzung jener Erfahrungen und unter Berücksichtigung ihrer anerkannten hygienischen Vorzüge auch in Untergöltzsch eingeführt. Im Maschinenhause sind zwei Dynamomaschinen, welche durch zwei Gasmotoren von 40 bezw. 20 Pferdekräften gespeist werden und die vicariirend für einander in Anwendung gezogen werden können, sowie eine Batterie von Accumulatoren untergebracht. Mit Ausnahme des Festsaales, worin sich neben Glühlampen auch Bogenlampen befinden, wurde das Glühlicht zur Beleuchtung benutzt. In den Gebäuden für ruhige Patienten sind Einrichtungen gewählt, wie sie in privaten Verhältnissen üblich sind, während in den Räumen für halbruhige, unruhige und überwachungsbedürftige Kranke Plafondlampen mit

Digitized by Google

dickem Schutzglas sowie zur Sicherung der Ausschalter mit Dornverschluss versehene Schutzkästen in Anwendung kamen. Die Beleuchtung der Isolirzimmer ist in anderer, später zu besprechender Weise eingerichtet.

Wasserversorgung.

Das Wasser für die Anstalt wird in der Hauptsache aus Quellen gewonnen, welche sich auf der Höhe und auf dem oberen Abhang des Hügels befinden, an dessen unterem Theile die Anstalt sich ausdehnt. Theils durch einen Stollen, dessen Sohle im Grundwasserbereiche liegt, aufgenommen, theils in Brunnen gefasst, wird es in die Filteranlage geführt und von den dort befindlichen Sammelbecken in eisernen Rohren mittelst Niederdruckleitung nach der Anstalt befördert. Hier werden von den Hauptrohren die den Strassen entlang aufgestellten Hydranten gespeist und Zweigrohre in jedes Gebäude abgegeben. Innerhalb der letzteren befinden sich in jedem Stockwerke eine bezw. auch mehrere Entnahmestellen, unter denen immer ein Becken mit dem durch einen Syphon damit verbundenen Abfallrohre angebracht ist. Erwähnung verdient noch das für die im Innern der Häuser laufenden Röhren benutzte Material, welches durchweg aus Blei mit Zinnmantel an der Innenfläche besteht, sodass die Gefahr einer Bleivergiftung ausgeschlossen ist. In der Filteranlage wird zunächst alles zuströmende Wasser in einen Stollen aufgenommen, von dort nach einander in zwei Filterzellen geleitet, in deren ersterer absteigende und in deren zweiter aufsteigende Filtration stattfindet, und darnach in die Sammelkammern geführt. Bis auf den gemeinsamen Stollen ist die Anlage mit Rücksicht auf Reinigungen und Ausbesserungen, die etwa vorzunehmen sein werden, sowie auf Entfernung und Erneuerung der Klärmassen eine doppelte. Als Klärmaterial ist grober Kies und Holzkohle verwandt. Die Menge des zur Verfügung stehenden Wassers beträgt gegenwärtig ungefähr 155 cbm am Tag d. i. bei voller Belegung der Anstalt mit Kranken und vollkommener Besetzung mit Beamten (einschliesslich deren Familiengliedern) etwa 240 Liter pro Tag und Kopf — eine Menge, die für den Gebrauch an einer gemischten Heil- und Pflegeanstalt als recht reichlich angesehen werden darf. Die Filtrationsgeschwindigkeit beträgt für diese Wassermenge etwa 1 Stunde. Das Wasser ist schmackhaft, rein und frei von schädlichen Bestand-

Digitized by Google

theilen. In Zukunft wird es in regelmässigen Zeiträumen einer chemischen und bakteriologischen Untersuchung unterworfen werden.

Eine centrale Warmwasserleitung ist nicht vorhanden; es wird vielmehr alles Wasser, soweit es zur Bereitung von Speisen und Getränken dient, die insgesammt in der im Wirthschaftsgebäude gelegenen Küche hergestellt werden, in letzterer erwärmt, dagegen alles für sonstige Zwecke benutzte warme Wasser in den Badeöfen jedes einzelnen Hauses gewonnen. Um überdies auch ausserhalb der Küche eine Speise oder ein Getränk erwärmen zu können, wurden in sämmtlichen Spülküchen elektrische Kochapparate angebracht.

Abfuhranlage.

Die Beseitigung der Auswurfstoffe und Abfallwässer geschieht durch zwei getrennte Systeme: die der Fäkalien mittelst des Tonnensystems und die der übrigen Abfallwässer durch Canalisation.

Was zunächst das erstere betrifft, so bedarf es kaum einer genaueren Beschreibung, da seine Einrichtungen vielfach angewandt und bekannt sind. Das Abfallrohr ist mit der Tonne durch eine Blechhülse verbunden, welche eine Fortsetzung des ersteren darstellt und zu Folge des Umstandes, dass sie an ihrer unteren Oeffnung einen horizontal stehenden, auf dem Rande der Tonnenöffnung aufliegenden und einen in letztere eintauchenden, vertical stehenden Reif trägt, einen nahezu luftdichten Verschluss gewährt. Die Tonne steht auf einem kleinen Wagen, auf dem sie vor bezw. zurückbewegt wird, und besitzt einen Deckel, der mit einer Filzdichtung versehen und mittelst Schraube bis zum wasserdichten Verschluss befestigt wird. Die Ventilation der untergestellten Fässer wird durch die Verlängerung des Abfallrohres über das Dach hinaus und durch einen oben aufsitzenden Wolpert'schen Sauger bewirkt. Die Desinficirung der Closets und Tonnen wird in regelmässigem Betriebe durch Einschütten von Kalkmilch durch die Brille in das Abfallrohr vorgenommen. Die Tonnen werden nach der Düngerstätte abgefahren, ihr Inhalt dort beim Ausschütten mit Torfstreu bedeckt. — Bezüglich des Pissoirs ist nur zu bemerken, dass die Rohre mit dem Becken durch einen Syphon verbunden sind und in separate Tonnen führen, sowie dass ihre Spülung keine continuirliche ist, sondern durch den Pfleger mittelst Dornschlüssel geschieht.

Digitized by Google

Die übrigen Abfallwässer werden in jedem einzelnen Gebäude durch ein Rohrnetz aufgenommen und gelangen schliesslich durch ein Hauptrohr in die Kläranlagen. Diese bestehen aus fünf Zellen, in denen eine mechanische Reinigung der Schmutzwässer vorgenommen wird. An seiner Eintrittsstelle fliesst dem Abfallwasser continuirlich ein Strahl von Kalkmilch aus einem darüber angebrachten Gefässe zu, so dass schon vor der Reinigung und Klärung eine Desinficirung statt hat; die gleiche Einrichtung wiederholt sich an der Austrittsstelle aus dem Klärhaus, bevor die Flüssigkeit in den Kanal gelangt, der sie in das Göltzschflüsschen führt. Damit aber das Canalisationssystem öfter durchspült und gereinigt wird, ist die Einrichtung getroffen, dass etwa ein Drittheil des abströmenden Meteorwassers hineingelangt.

Mobiliar.

Die Möbel sind aus Holz gefertigt, und zwar in der ersten Verpflegklasse für die männlichen Patienten mit Eichen-, für die weiblichen mit Nussbaumfournier versehen, in der zweiten Classe von Kiefernholz Eichen- bez. Nussbaumfarben gemalt, und in der dritten Classe von Kiefernholz, das gebeizt und lakirt wurde, so dass sie sämmtlich leicht zu reinigen sind. Die Bettstellen sind bei den beiden oberen Classen unter Berücksichtigung der Gewohnheiten und Wünsche dieser Patienten aus Holz hergestellt, bei der dritten Classe dagegen aus Rohreisen mit einem Boden aus Bandeisen und mit einer oberen und unteren Wand aus Holz; die Einlagen bestehen aus zwei durchweg dreitheiligen Matratzen, deren untere immer mit einem dem afrikanischen Gras ähnlichen Material, Fiber, deren obere bei der 1. und 2. Classe mit Rosshaaren, bei der 3. mit Fiber gefüllt ist. Zur Bedeckung dienen Watt- bez. Wolldecken.

Baderäume.

In jedem Gebäude für ruhige Kranke befindet sich ein Badezimmer, in jedem Hause für unruhige Kranke deren 2, in jedem der Kranken- und Wachabtheilung 3. Ueberdies sind in den geräumigen und hohen Souterrains der Gebäude der Kranken- und Wachabtheilung noch für jedes Geschlecht ein Centralwannenbad mit 6 Wannen, in dem der Männerabtheilung auch noch ein Centralbrausebad für die im Freien beschäftigten Patienten unterge-

Digitized by Google

bracht. Die Wannen sind aus Zink gefertigt, die in jedem Baderaume aufgestellten Oefen mit sogenannter Sommer- und Winterheizung ausgestattet, so dass in der kalten Jahreszeit neben der Erwärmung des Wassers auch noch eine solche des Zimmers stattfindet. In den grösseren Baderäumen ist übrigens ausserdem ein Heizkörper vorgesehen. Die Böden sind mit Fliesen bedeckt, die Wände tragen bis zur Höhe von $1^1/_2$ Meter einen Sockelanstrich von Oelfarbe. —

Nachdem im Vorstehenden die wichtigsten hygienischen Einrichtungen der Anstalt Untergöltzsch kurz geschildert worden sind, möge noch eine Beschreibung einiger Häuser folgen, welche nach specifisch psychiatrischen Grundsätzen aufgebaut und eingerichtet sind.

Gebäude für unruhige Kranke.

Die 2 Gebäude für unruhige Kranke sind baulich in ganz gleicher Weise hergestellt und unterscheiden sich nur durch die Grösse ihres Kubikinhalts, der für die Frauen, entsprechend der höheren Zahl unterzubringender weiblicher Patienten, reichlicher bemessen ist, als für die Männer. Ein jedes dieser Gebäude besteht, wie der Grundriss zeigt, aus einem Körper mit einem Erdgeschoss, in dem die Tageräume, und einem Obergeschoss, in dem die Nachträume untergebracht sind, und aus einem senkrecht darauf stehenden Anbau, welcher einen Corridor mit den Isolir- und Nebenzimmern aufweist. An Tageräumen sind drei vorgesehen, deren zwei grössere für Patienten der dritten Classe bestimmt, einen gleichen Flächeninhalt besitzen, während der dritte, für 2 bis 3 Patienten der oberen Classen gedacht, erheblich kleiner ist. Mit dem südlich gelegenen stehen die anderen in directer Verbindung; aus den grösseren führen auch Thüren zu dem Corridor des Anbaues, — eine Anordnung, welche nicht nur eine bequeme Uebersicht durch die Pfleger gewährleistet, sondern auch die Möglichkeit einer raschen Isolirung bietet. Der kleinere Wohnraum zeigt eine Verbindung nach einem Flur, an dem noch eine Badestube und ein Closet liegt, so dass diese drei Räume durch Abtrennung von den grossen Wohnzimmern zu einer abgesonderten Abtheilung erhoben werden können. Im Obergeschoss befinden sich zwei Schlafsäle für die Kranken der dritten Classe, die ein gemeinschaftliches Entrée besitzen, sowie ein Schlafzimmer für die

Digitized by Google

Kranken der oberen Verpflegklassen, und ein Waschraum für erstere. Ueberdies ist dort noch eine Wohnung für einen Oberpfleger vorhanden. Ueber die Einrichtungen aller dieser Räume ist dem oben Angegebenen kaum etwas zuzufügen: die Verschlüsse sind die gleichen, wie die bei den ruhigen Kranken, die Kastenfenster tragen Basküllverschluss, der auch von den Patienten geöffnet werden kann, und haben keine Scheiben von dickem Glas; nur hat man an den Fenstern der Wohn- und Schlafräume hier Verstäbung angebracht. Der Kubikinhalt der drei Wohn- und drei Schlafräume berechnet sich auf 41,7 cbm pro Kopf.

Der Anbau enthält einen langen Corridor mit den Nebenräumen, welche den Wohnsälen gegenüberliegen, und mit den Isolirzimmern (Zellen), welche sich seitlich anschliessen.

Was zunächst die Zahl der Isolirzimmer anlangt, so befinden sich in dem Gebäude für unruhige Männer deren 11, in dem für unruhige Frauen 13, in sämmtlichen übrigen Krankenhäusern je 1, mit Ausnahme der Gebäude für ruhige Männer der 1., sowie für ruhige Frauen der 1. und der 2. Klasse, welche keine besitzen. Es stehen somit im Ganzen 36 Isolirzimmer in der Anstalt zur Verfügung, so dass das Verhältniss derselben zur Zahl der Kranken bei vollem Bestande 1:13,88 beträgt. Jedes einzelne Isolirzimmer hat einen Kubikinhalt von 44,4 cbm.

Bezüglich ihrer Einrichtung lassen sich 2 Typen unterscheiden, denen gegenüber die übrigen nur in mehr unwesentlichen Punkten Abweichungen aufweisen. Bei Typus I ist ein Fenster mit dickem Glas angebracht und in der Thür eine Beobachtungsscheibe von Hartglas in der Grösse von 15×25 cm eingesetzt, während bei Typus II vor gewöhnlichem Fenster ein eiserner Laden an der Innenseite sich befindet und die Thür keine Beobachtungsscheibe hat. Das Fenster beim ersten Typus ist nach Art des *Pätz*'schen[1]) construirt, nur mit der Modification, dass die Lüftungsschieber immer nur in Grösse einer einzelnen Scheibe und nicht nach oben, sondern zur Seite beweglich sind — eine Modification, welche den Vortheil bietet, dass keine freie Sprosse hervortritt. Von der Thür mit Beobachtungsscheibe war bereits oben die Rede. Es soll hier nur nebenbei als selbstverständlich erwähnt werden, dass überall

[1]) Vergl. diese Zeitschrift. 1892. 48. Bd. S. 639.

Digitized by Google

da, wo Hartglas benutzt wurde, solches von vollkommener Durchsichtigkeit und Klarheit in Anwendung kam. Bei dem zweiten Typus weichen die Fenster nicht von solchen in Privathäusern ab; die an ihrer Innenseite befindlichen Läden sind von Gusseisen, haben Basküllverschluss, der mit Dornschlüssel bedient wird, und tragen in ihrem obersten Theile ein Feld in der Grösse von 35×40 cm, welches in einigen Zimmern mit Hartglas, in anderen mit einem Gewebe von dickem Draht ausgefüllt ist, so dass hinreichend Licht eindringt und in letzterem Falle auch durch das hinter dem Laden etwa offen bleibende Fenster reichlich Luft einströmt. In je einem Isolirzimmer der Männer- und Frauenabtheilung ist einer der Läden durchweg aus Gusseisen hergestellt und macht den Raum so zu einem Dunkelzimmer, dessen Gebrauch ja gelegentlich seine Indication findet. Die beiden an den Enden des Corridors gelegenen Isolirräume haben in beiden Abtheilungen Doppelthüren, um besonders störenden Lärm einigermassen zu dämpfen.

Was endlich die allen Isolirzimmern gemeinsamen Eigenschaften betrifft, so ist noch anzuführen, dass die Dielen aus Eichenriemenparkett bestehen, die Wände Cementputz tragen, welcher mit Oelfarbe gestrichen ist, die Decken ebenfalls Oelfarbenanstrich haben, die Mäntel der Heizkörper von Gusseisen hergestellt und, wie bereits angegeben, unten und oben in ein starkes Drahtnetz übergehen, und die Glühlampen in einer oberhalb der Thür ausgesparten keilförmigen Oeffnung hinter einer concaven Schale von mattem Hartglas angebracht sind. Bei der Ventilationseinrichtung wurde aus Rücksicht auf die Reinlichkeit von einer unteren Oeffnung abgesehen und nur eine solche 25 cm von der Decke hergestellt, welche mit einem starken Drahtnetz bedeckt ist und in einen Kamin führt. Hinter dem Netz ist eine Jalousie von Eisen eingefügt, welche vom Corridor aus nur dem Pfleger zugänglich ist und mittelst eines Stabes beliebig gestellt werden kann. Zum Zwecke der Ventilation ist noch unterhalb der zum Schutze der Glühlampe angebrachten Schale eine streifenförmige Oeffnung geblieben, durch welche Isolirraum und Corridor für die Luft in Verbindung stehen.

Zum Schluss der Beschreibung der Isolirräume muss noch einer zweckmässigen Einrichtung gedacht werden, die in dem Gebäude für unruhige Männer sowohl wie für unruhige Frauen ge-

Digitized by Google

troffen ist und darin besteht, dass zwischen 2 Zellen ein Pflegerzimmer eingefügt ist, das an seinen seitlichen Wänden je ein Hartglasfenster in der Grösse von 60×110 cm zur Beobachtung der Kranken besitzt.

Gebäude der Wach- und Krankenabtheilung.

Auch hier ist das für Frauen bestimmte Gebäude räumlich etwas grösser angelegt, als das für Männer. Zwei langgestreckte Flügel, deren einer die Krankenabtheilung, deren anderer die Wachabtheilung aufnimmt, sind durch ein Mittelstück verbunden, welches seinerseits Wohnungen für einen Hilfsarzt und einen Oberpfleger (bez. eine Oberpflegerin) sowie 2 für die Abtheilungen benutzte Nebenstuben enthält. Alle diese Räume sind im Erdgeschoss gelegen, während sich im Souterrain die Centralbäder und im Dachgeschoss, wie auch in den übrigen Häusern, die Garderoben befinden. Ein Obergeschoss ist nicht vorhanden. Die beiden Flügel sind baulich in gleicher Weise hergestellt.

Es ist hier nicht der Ort, über die Forderungen zu sprechen, welche an zweckmässig eingerichtete Ueberwachungsstationen gestellt werden müssen, es soll vielmehr nur angeführt werden, dass bei der Einrichtung der Wachabtheilung hiesiger Anstalt als leitendes Princip das einer möglichst vollständigen Uebersichtlichkeit der Station angesehen wurde, und die von *v. Gudden*[1]) aufgestellten und angewandten Grundsätze als der Erfahrung und Praxis am meisten entsprechend bei Aufstellung des Plans als Richtschnur dienten. Wie ein Blick auf die Skizze zeigt, besteht die Ueberwachungsstation aus zwei an einanderstossenden Sälen, an deren Ende die Nebenräume angebracht sind. Der eine derselben dient als Wachsal, der andere zur Aufnahme von Patienten, deren Zustand zwar ihren Aufenthalt in der Beobachtungsstation erforderlich macht, aber eine streng geübte Ueberwachung nicht gerade nothwendig erscheinen lässt. Beide Säle sind in erster Linie als Schlafräume eingerichtet, aber überdies mit Möbeln ausgestattet, die es erlauben, sie gleichzeitig als Tageräume zu benutzen. Als Nebenräume schliessen sich an den Wachsaal das Closet und zwei Isolirzimmer, an den zweiten Saal Closet, Spülküche und Bade-

[1]) Vergl. *v. Gudden*, Ueber die Einrichtung von sogenannten Ueberwachungsstationen. Diese Zeitschrift. 1886. 42. Bd. S. 454.

Digitized by Google

zimmer an. Die Uebersichtlichkeit der ganzen Station ist nun ausser durch die Nebeneinanderlagerung der Räume noch durch die Einrichtung garantirt, dass die Verbindungsthür beider Säle sowie die Thüren der beiden Closets mit Füllungen aus Glas und die Thüren der Isolirzimmer mit Beobachtungsfenstern versehen sind, so dass der wachende Pfleger, wenn er nur einige Schritte geht, vom Wachsaal aus einen vollkommenen Ueberblick gewinnt. Die Isolirzimmer sind nach dem oben geschilderten Typus I angelegt. Die zwischen Wachsaal und ärztlicher Wohnung gelegene Stube dient dem Abtheilungsarzt als Zimmer für Aufbewahrung von Gegenständen, die in der Wach- und Krankenabtheilung rasch zur Hand sein sollen. Die Fenster der beiden Säle der Ueberwachungsstation sind durch Gitter versichert.

Die Krankenstation besteht ebenfalls aus 2 Sälen, deren einer zur Aufnahme von Patienten mit acuten Körperkrankheiten und deren anderer für Patienten bestimmt ist, welche besonders sorgsamer Pflege bedürfen, wie Unreinliche, gewisse Paralytische etc. An den ersten Saal sind als Nebenräume Closet, Baderaum und ein Operationszimmer, sowie aus Rücksicht auf die im Saale untergebrachten Patienten, angrenzend an die Wohnung des Oberpflegers, ein Raum für störende Körperkranke oder für Moribunde, an den zweiten Saal Closet, Badestube mit Spüleinrichtung und eine Garderobe angeschlossen. In dieser Station hat nur die Verbindungsthür zwischen beiden Sälen Glasfüllungen erhalten. Bei den Fenstern der Krankenabtheilung wurde auf Anbringung von Gittern verzichtet.

Durch den Umstand, dass sowohl in der Ueberwachungs- wie in der Krankenabtheilung die Säle mit den schmalen Stirnwänden aneinander grenzen, ist der Vortheil gewonnen, dass eine ausgiebige Lüftung durch Oeffnung der gegenüberliegenden Fenster stattfinden kann. —

Ueber die übrigen Gebäude sind nur noch kurze Bemerkungen zu machen, da sie wenig specifische Einrichtungen besitzen. Bezüglich der Gebäude für halbruhige und ruhige Kranke verdient hervorgehoben zu werden, dass hier eine grössere Zahl von Einzel-, Wohn- und Schlafzimmern vorhanden ist, betreffs der ersteren vielleicht auch, dass sie im Obergeschoss Vergitterung haben, die in ihrem Untergeschoss sowie an allen Gebäuden für ruhige Kranke

Digitized by Google

als überflüssig fortblieb. Die transportable Lazarethbarake besteht aus 2 Sälen, zwischen welchen ein Spül- und Baderaum und 2 von einander getrennte Closets sich einschieben. Als Material für ihre Wandungen ist Wellblech und imprägnirte, mit Lackanstrich versehene Pappe benutzt. — Im Desinfectionshause ist ein Budenbergscher Apparat von der bekannten Construction aufgestellt. —

Da es die Aufgabe dieser Arbeit war, nur die hygienischen und die technisch-psychiatrischen Einrichtungen der Anstalt Untergöltzsch kurz zu schildern, so soll auf die für den Verwaltungsbetrieb getroffenen Maassnahmen nicht eingegangen werden, und es sei zum Schluss nur nebenher erwähnt, dass als Kücheneinrichtung die Senking'sche gewählt wurde, deren Kessel von in dem Küchenraume selbst untergebrachten Dampferzeugern gespeist werden, dass ferner die Waschküche nicht für maschinellen, sondern für Handbetrieb eingerichtet worden ist, und dass endlich die Werkstätten in den Gebäuden für ruhige Kranke ihr Unterkommen gefunden haben.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die 80. Versammlung des psychiatrischen Vereins in Berlin am 17. März 1894 im Langenbeck-Hause 6½ Uhr.

Am Vorstandstische die Herren: *Laehr*, *Mendel*, *Moeli*.

Anwesend die Herren: *Ascher*-Berlin, *Axenfeld*-Marburg (a. G.), *Bauer*-Charlottenburg, *Bennecke*-Dalldorf (a. G.), *Boedeker*-Lichtenberg-Berlin, *Boettiger*- (a. G.), *Brasch*-Berlin, *Cramer*, *A.*-Eberswalde, *Falkenberg*-Lichtenberg-Berlin, *Flatau*-Warschau, *Fraenkel*-Steglitz, *Fries*-Nietleben, *Goldstein*-Gr. Lichterfelde, *Grochtmann*-Wilmersdorf, *Guttstadt*-Berlin, *Hebold*-Biesdorf, *Heimann*-Charlottenburg, *Jastrowitz*-, *Jolly*-, *Kalischer*, *L.*-Berlin, *Kleemann*-, *Koenig*-Dalldorf, *Kortum*-Lichtenberg-Berlin, *Kroemer*-Neustadt i. Westpr., *Kurr*-Landsberg a. W., *Laehr*, *Max*-Berlin (Charité), *Laehr*, *Heinr.*-Zehlendorf, *Laehr*, *Hans*-Schweizerhof, *Landsberg*-Berlin, *Lewald*-Lichtenberg-Berlin, *Lochte*, *Th.*- (a. G.), *Mendel*-, *Mittenzweig*-Berlin, *Moeli*-, *Moenkemoeller*-Lichtenberg-Berlin, *Neisser*-Leubus, *Nowratzki*-Dalldorf (a. G.), *Oliven*-Pankow, *Oestreicher*-Nied.-Schönhausen, *Oppenheim*-Berlin, *Otto*-Lichtenberg-Berlin, *Peters*-Biesdorf (a. G.), *Richter*-Dalldorf, *Rosenstein*-Berlin, *Rust*-Dalldorf, *Sander*, *E.*-Berlin (a. G.), *Sander*-Dalldorf, *Schaefer*-Lichtenberg-Berlin, *Schaefer*-Charlottenburg, *Schoenfeldt*-Riga (a. G.), *Schroeder*-Uckermünde (a. G.), *Siemens*-Lauenburg i. Pomm., *Stembo*-Wilna, *Ullrich*-Eberswalde, *Waldschmidt*-Westend, *Werner*-Dalldorf (a. G.), *Wertheim*-Berlin (a. G.), *Wilhelmy*-Dalldorf (a. G.), *Wille*-Berlin-Basel (a. G.), *Zoepfel*-Schöneberg.

Der Vorsitzende, Dr. *Laehr* sen., eröffnet die Sitzung und nach einigen geschäftlichen Mittheilungen erfolgt die Discussion zu den Vorträgen der Herren

Cramer und *Boedeker*, Ueber Begrenzung und Eintheilung der Paranoia.

1. Herr *Mendel*: Bei der Anarchie, welche in der psychiatrischen Nomenclatur besteht, erscheint jeder wissenschaftliche Versuch, Klärung zu bringen, unserer vollen Aufmerksamkeit werth. Ich habe deshalb das ausgezeichnete Referat des Herrn Collegen *Cramer* mit grosser Freude begrüsst. Ich stimme ihm vor Allem in seinen Ausführungen in Bezug auf

Digitized by Google

die Forderung bei, dass man nicht zu viel einzelne Krankheitsbilder abgrenzen soll und dabei das Ganze aus den Augen verliert. Ich stimme ihm auch völlig bei in Bezug auf seine Ausführungen über das Wort „Degeneration", das — wie manche andere Worte, wie z. B. Suggestion und Autosuggestien — Schlagworte geworden sind, welche geeignet erscheinen, in vielen Fällen statt zur Aufklärung, zur Verdunkelung des Thatbestandes zu dienen.

Dagegen kann ich mich nicht völlig mit seiner meiner Ansicht nach zu weit ausgedehnten Definition der Paranoia einverstanden erklären. Ich erkenne neben Manie, Melancholie und Paranoia noch als gesonderte functionelle Psychosen das Delirium hallucinatorium und die Dementia acuta an. Unter der ersteren verstehe ich jene Psychose, welche einen Theil der Krankheitsbilder ausmacht, die andere mit dem Namen Amentia (*Meynert*), hallucinatorisches Irresein (*Fürstner*), Verwirrtheit (*Wille* u. a.) belegt haben. Ich betrachte als die wesentlichen Symptome dieser Krankheit die Hallucinationen und das dadurch bedingte Deliriren. Diese beiden Symptome kommen ja unzweifelhaft vorübergehend bei den allerverschiedensten functionellen und organischen Psychosen vor. Sie bedeuten dann nur eine Zustandsform in jener Psychose; bei dem, was ich Delirium hallucinatorium nenne, sind jene Symptome die wesentlichen, während des Krankheitsverlaufs andauernden. Prognostisch erscheint mir diese psychische Krankheit als die günstigste von allen.

Jener acute Lähmungszustand sämmtlicher geistiger Functionen, wie wir ihn ebenso wie das Delirium hallucinatorium besonders nach Infectionskrankheiten und Traumen sowohl somatischer als psychischer Natur beobachten, und den man mit dem Namen der Dementia acuta belegt, kann ebenso wenig in das Bild der Paranoia hineingebracht werden.

Auf die Eintheilung der Paranoia selbst einzugehn, wird sich wohl Gelegenheit im weiteren Verlauf der Discussion bieten.

2. Herr *Jastrowitz*: Des gegentheiligen Votums der Versammlung ungeachtet, hat der Herr Vorredner sich in seinen Bemerkungen auf den Vortrag des ersten Referenten beschränkt; ich werde desgleichen thun, weil bei der Ausdehnung des zu behandelnden Gegenstandes die Debatte erst recht präcise auf bestimmte Punkte gerichtet sein muss. Ich kann Herrn *Cramer* in seiner Definition der hier in Betracht kommenden Krankheiten als „functionelle Psychosen" nicht beipflichten. Eine Definition darf nur auf feststehende Erfahrungsthatsachen sich aufbauen, sie muss besonders vermeiden, die Ansichten so vorweg zu nehmen, dass künftiger Forschung dadurch ein Hemmniss bereitet wird. Es ist bei gewissen der gedachten Formen, soviel mir scheint, doch ein anatomischer Befund, der freilich nicht auf der Hand liegen wird, zu erwarten, z. B. möchte ich dies bei der Paranoia chron. glauben, die ein ganzes Leben hindurch währt und mit Dementia endet, bei der wir auch nicht selten körperliche nervöse

Digitized by Google

Symptome antreffen, wie Pupillenungleichheit, Erschlaffung der mimischen und Skeletmuskeln, epileptiforme Anfälle. Ferner möchte ich dies bei den Formen der Amentia erwarten, welche auf toxische Ursachen zurückzuführen sind, obgleich die Störung sich dabei sehr schnell ausgleichen kann. Zu einer Definition müssen hier, mehr noch als bei den Geisteskrankheiten, bei denen wir im pathologisch-anatomischen Befund einen Anhalt für die einheitliche klinische Auffassung gefunden zu haben glauben, die Symptome während des Gesammtverlaufes herangezogen und verwerthet werden: die Genese, die Schilderung der charakteristischen Symptome und deren Analyse, der Verlauf und Ausgang. Niemals dürfen Hauptdefinitionen und Benennungen sich auf die Schilderung von Einzelsymptomen momentaner Krankheitsbilder oder selbst länger sich hinziehender Krankheitszustände gründen. Wir wissen Alle, dass nicht nur Einzelsymptome, wie Aufregung, Angst und Unruhe, Sinnestäuschungen, Zwangsgedanken, wahnhafte Vorstellungen, Verwirrtheit, Stupor, sondern auch mehrere derselben zu einer Agglomeration verbunden, andauern können. Das sind dann Krankheitsbilder, Krankheitsphasen, Krankheitsepisoden, die bei durchaus verschiedenen Psychosen vorkommen können, z. B. Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen: bei der Melancholie, selbst bei der Manie, bei der Amentia etc. Auch hierbei können unterscheidende Momente sich bereits geltend machen, aber häufig ist dies nicht der Fall. Wir wollen aber auch nicht Krankheitsbilder abgrenzen und definiren, sondern Krankheitsformen. Dies ist aber nur möglich durch eine Totalauffassung. Eine grosse Störung für das gegenseitige Verständniss giebt dabei die Vieldeutigkeit mancher gebräuchlichen Bezeichnungen ab, namentlich des Ausdruckes: Verwirrtheit. Es werden damit die Krankheitsform Amentia und die verschiedensten psychischen Zustände bezeichnet, für welche die deutsche Sprache kaum treffende Ausdrücke hat: die Delirien, ferner das, was man lateinisch als Confusio benennt, deren höherer Grad, insofern ein leichter Stupor dabei bemerkt wird, die Perplexitas ist, die mit Angstzuständen gepaarten Verwirrtheiten, wofür vielleicht Perturbatio passend wäre und zahlreiche andere Zustände, welche durch alle diese Ausdrücke nicht annähernd sich decken lassen. Gemeinsam ist Allen die Unfähigkeit, psychische Processe richtig zu vollenden; die Störung kann beginnen schon bei der Perception, indem dieselbe unvollkommen, selbst unmöglich oder gefälscht wird, oder die Störung kann eintreten auf dem ganzen weiteren Wege bei der Combination mit früheren Eindrücken und der Verarbeitung zu neuen Gedanken, dadurch, dass ungehörige, unrichtige Associationen einsetzen. Der logische Formalismus an und für sich ist immer, wenn er überhaupt functionirt, ungestört; er muss ungestört bleiben, weil das Denken innerhalb der gesetzlichen Kategorien abläuft, welche durch den anatomischen Bau des Centralnervensystems gegeben sind.

Um aus dem Chaos herauszukommen, welches gegenwärtig über die

Digitized by Google

hier in Rede stehenden psychischen Krankheitsformen der Amentia, Paranoia acuta und Paranoia chronica herrscht, müssen wir, wie dies *Schüle* jüngst richtig betont hat, von der Paranoia chronica, als der am längsten bekannten und allgemein anerkannten Form ausgehen (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 50 p. 300).

Umsomehr stimme ich hierin *Schüle* bei, als ich diesen Standpunkt von jeher innehielt. Als Herr *Mendel* in dieser Gesellschaft über Paranoia periodica vortrug, mit deren Constituirung ich nicht einverstanden war, richtete ich an ihn die Frage, ob er diese seine neue Form jemals in Paranoia chronica habe übergehen sehen, welche als Typus für neue Paranoiaformen anzusehen sei (Allg. Z. f. Psychiatrie Bd. 44. p. 666. 1888). In der That, glaube ich, dürfen wir nur das als Paranoiaform ansprechen, was erstens mit der Paranoia chronica wesentlich analoge Symptome bietet und zweitens, was in dieselbe direct übergehen kann. Auszuscheiden aber ist vom Begriff Paranoia Alles, was diese zwei Bedingungen nicht erfüllt.

Freilich hat im Laufe der Zeiten auch das, was man unter Verrücktheit, jetzt Paranoia chronica verstand, gewechselt, insofern die Grenzen keine stetigen blieben. Da bedauerlicher Weise der von Herrn *Cramer* fertig gestellte historische Theil seiner Arbeit noch nicht gedruckt ist, so sei es mir gestattet, die Geschichte der Paranoia während eines gewissen bedeutsamen Zeitraums hier kurz anzuschliessen. Ich kann dies zum Theil aus eigener Erinnerung, weil ich gerade damals unter *Griesinger* das psychiatrische Studium begann, als die Paranoiafrage merklich in Fluss kam, in eine Bewegung, welche heute noch andauert. Bereits hatte sich allmälig die Erkenntniss allgemein vollzogen, dass Wahnsinn und Verrücktheit identisch seien; *Griesinger* stellte die Diagnose Wahnsinn überhaupt nicht mehr. Damals hatte *Morel* seine, auf den Prinzipien Darwinistischer Weltanschauung und auf tiefsinnige anthropologische Beobachtungen gegründete Lehre von den hereditären Formen veröffentlicht, und auch aus der Paranoiagruppe die nach ihm benannte Art der hypochondrischen Verrücktheit herausgehoben, welche durch die Stadien der Hypochondrie, des Verfolgungs- und Grössenwahns zur Dementia hindurchgeht. Ihm schloss sich in Deutschland zuerst *Fr. Hoffmann* in Siegburg an. In einem interessanten, heute noch lesenswerthen Aufsatze: „Ueber die Eintheilung der Geisteskrankheiten in Siegburg“ (Allg. Ztschr. f. Psych. 1862 Bd. XIX p. 384 ff.) anerkennt er die *Morel*'sche Varietät der hypochondrischen Verrücktheit, deren seltenes Vorkommen er vermerkt. Er erklärt, man müsse festhalten, „dass unter Verrücktheit immer eine primäre Geisteskrankheit mit positiven Merkmalen, die allenfalls heilbar ist, verstanden wird“. Er hält viele Verrücktheiten für angeboren, „mit der Persönlichkeit ursprünglich Eins“; ihre Geschichte erfülle das ganze Leben. Er kannte bereits die Entwicklung der Paranoia in Schüben und er theilte sie auch zuerst ein

Digitized by Google

in eine melancholische, exaltirte, hallucinatorische und instinctive Form, welcher letzteren er den moralischen Wahnsinn einordnete.

Drei Jahre später, 1865, erschien *Snell* sen. Arbeit über die primäre Entstehung der Verrücktheit, welche er noch Monomanie oder Wahnsinn nennt (l. c. Bd. XXII p. 368). Er erkannte bei ihr das expansive Element, das gehobene Selbstgefühl trotz der Verfolgungsideen und grenzte sie dadurch von der Melancholie ab, wie durch den systematischen berechnenden Charakter der Ueberschätzungsideen von der Manie. Letztere, so lehrte er, seien gewöhnlich secundär, sie könnten aber auch den Verfolgungsideen vorangehen oder sich gleichzeitig mit ihnen entwickeln. Die Entwicklung entstehe in der Mehrzahl allmälig, selten unter den mehr stürmischen Erscheinungen eines acuten Leidens. Die primäre Entstehung der Verrücktheit wurde bald darauf von *Griesinger* rückhaltlos anerkannt; es publicirte Herr *W. Sander* seine Fälle, welche er als Beispiele für eine originäre Form der Verrücktheit bezeichnete, und endlich trat auf der Naturforscherversammlung zu Hamburg 1878 *C. Westphal* mit seinem Vortrage „Ueber die Verrücktheit" heraus, durch welcher er den aufgezählten Errungenschaften allgemeine Geltung verschafft und neue Anregungen gegeben hat (Ges. Abhandlungen Bd. I. p. 388).

C. Westphal erklärte, dass die Verrücktheit sich primär entwickle aus Hypochondrie (*Morel*), aber auch ohne dieselbe, indem Verfolgungs-, später Grössenideen oder beide zugleich als spontane Wahnvorstellungen dem Bewusstseinsinhalt sich aufdrängen (*Snell*), ferner so, dass plötzlich in aller Gesundheit aufschiessende massenhafte Sinnestäuschungen, namentlich des Gehörs auftreten, welche den Wahn erzeugen, viertens originär, indem der Wahn schon in allerfrühester Jugend, während der Entwicklung sich ausbildet. Endlich bezeichnete er die Zwangsvorstellungen als „abortive Verrücktheit", weil bei ihnen das Auftreten abnormer Vorstellungen wie bei der Verrücktheit das Wesentliche, die Gefühlsstörung untergeordneter Natur und bei der Verrücktheit überhaupt von dem Inhalt der Vorstellungen, der Sinnesdelirien, abhängig wäre. Ebenfalls gehöre Intelligenzschwäche nicht zu den wesentlichen Charakterzügen der Verrücktheit. In nur wenigen Worten erwähnte er, dass es, abgesehen von der acuten Entstehung, auch einen acuten Verlauf der Verrücktheit gäbe, welcher zur Heilung führe, so dass auch die Verrücktheit zu den heilbaren Formen der Geistesstörung zu zählen sei.

Diese blosse Erwähnung von der Existenz und dem schnellen Ablauf einer acuten Paranoia zur Heilung, welche er weder beschrieb noch nach irgend einer Seite abgrenzte, hat, wie man sagen darf, die ganze Verwirrung auf diesem psychischen Krankheitsgebiet grösstentheils verschuldet. Denn statt, wozu *Westphal* aufforderte, sich an dass genauere Studium derselben zu machen, sich zunächst zu fragen, ob eine acute Paranoia existire und wie sie beschaffen sei, nahm man solche ohne Weiteres als ge-

Digitized by Google

geben und fertig an, — denn man konnte sie beim Diagnosticiren gut gebrauchen. Hatte man zuvor, wenn ein Patient einen Verwirrtheitszustand zeigte, gesucht, diesen Zustand zu ergründen, hatte man nach Zügen und Zeichen im Krankheitsbilde gesucht, die eine Prognose und Diagnose zu stellen gestatteten, so diagnosticirte man jetzt auf alle Fälle acute Paranoia. Ging der Zustand vorüber, so war die Diagnose gerechtfertigt, und wenn nicht, so war die acute Paranoia eben chronisch oder zur Dementia geworden. Als *Meynert* dann noch die Verwirrtheit Amentia als Krankheitsform aussonderte und die Autoren dem Studium derselben sich zuwandten, kam es auf den jeweiligen Standpunkt des Autors in Bezug auf das an, was er unter Amentia begriff, um die acute Paranoia, und umgekehrt auf das, was er acute Paranoia nannte, um die Amentia in Frage zu stellen. So fragt *Wille*, der die Amentia behandelt hat: Wo ist die Paranoia acuta? Und manchen der jüngeren Autoren ist die Amentia verloren gegangen. Wir ersehen hieraus, dass die grösste Schwierigkeit in der Scheidung und Begrenzung dieser beiden Formen liegt.

An dieser Verwirrung hat die Eintheilung des Herrn *Mendel* auch nichts geändert. Obgleich diese Eintheilung zu diskutiren und auf ihre Existenzberechtigung zu prüfen sein wird, so will ich derselben mich jetzt doch bedienen. Einestheils haben die Herren Referenten dieselbe als Unterlage für ihre Ausführungen benutzt, sodann ist es überhaupt nothwendig, dass wir uns bei der Discussion an irgend eine Eintheilung halten.

Ich werde also nacheinander kurz besprechen: die Paranoia chronica simplex, die Paranoia chronica hallucinatoria, die Paranoia acuta simplex, die Paranoia acuta hallucinatoria.

Aus dem Vorstehenden, das unser Aller Gemeingut geworden ist und Herr *Cramer* auch ausgeführt hat, wissen wir, dass das Charakteristische für die Paranoia chronica liegt in dem bei ungetrübten Bewusstsein und expansivem Affect langsam sich ausbauenden fixen Wahnsystem, durch welches ebenso allmälig eine Veränderung und Umwandlung der Persönlichkeit gegen früher und in ihren Beziehungen zur Aussenwelt sich vollzieht, wodurch der Kranke also im eigentlichen Sinne des Wortes gegen früher verrückt wird. In einer starken neuropathischen Belastung, in Abnormitäten, welche schon als Krankheit nach ihrer civilen Tragweite erscheinen, in hypochondrisch-argwöhnischen, in stark egoistischen Temperamenten, deren Selbstüberschätzung an Grössenwahn grenzt, kann die Entstehung der Paranoia Begünstigung erfahren, so dass sie schon in der Jugend, während oder nach der Pubertät sich entfaltet. So sehr aber hier die Verrücktheit nur als Verstärkung der natürlichen Anlagen erscheinen mag, die chronische Paranoia ist erst da mit dem Erscheinen des bestimmten fixen Wahnsystems. Ein solches kann natürlich nicht ab origine her sein. Es ist richtig, dass dem Erscheinen des specifisch gefärbten Verfolgungs- oder Grössenwahnes oder beider oft vorangeht die von

Digitized by Google

Meynert als Eigenwahn, von *Neisser* als krankhafte Eigenbeziehung studirte Fälschung der sinnlichen Wahrnehmung[1]). Dieselbe könnte auch hier zuweilen, wie bei der Amentia, durch Illusionen, durch Täuschungen bedingt werden, indem der Kranke z. B. Gesten oder Bewegungen einer anderen, — meist höheren — Person unrichtig sieht, drohende oder freundliche Mienen, wo dies keineswegs der Fall ist, und nun in einem für sich bedrohlichen oder begünstigenden Sinne ausdeutet. Bei der Verrücktheit, bei der allerdings die mit der eigenen Person in Verbindung stehenden Vorstellungsreihen in krankhafter Weise anwachsen, kommt es aber in charakteristischer Weise auch zu Intelligenzstörungen, die gesundem Verstande unfassbar sind, zu aus dem Normalen gänzlich herausfallenden, aus ungereimten Associationen gezogenen Schlüssen, wie z. B.: „Im Schaufenster waren Kleider von bestimmter Farbe roth und weiss, das bedeutet, dass ich von anderer Abkunft bin" (kein Grössenwahn!). Solche Aeusserungen lassen sich nicht allein aus falschen Eigenbeziehungen oder, wie *Hagen* will, aus falscher Apperception herleiten, dass sind eben völlig ungereimte, blödsinnige Schlüsse —, bedingt durch eine verrückte Logik.

Weil ich meinerseits die Ueberzeugung vertreten habe und noch hege, dass die Paranoia chronica in eine bestimmte Form der Intelligenzschwäche, nämlich in die Dementia oder Blödsinn ihren unvermeidlichen Ausgang nimmt, und dass selbst in frühen Stadien der chronischen Verrücktheit schwache und starke Zeichen des Blödsinns sich produciren können, so muss ich diese meine, von der landläufigen abweichende Ansicht näher begründen. Eine frühere Publication (Deutsche medicin. Wochenschrift No. 31 ff. 1884), in welcher ich *C. Westphal*'s Meinung entgegengetreten bin, dass Zwangsvorstellungen eine abortive Verrücktheit wären[2]) und auch die Demenz der chronisch Verrückten kurz zur Sprache gebracht habe, ist in Bezug auf letzteren Punkt vielfach missverstanden worden.

Die Intelligenzschwäche, welche die Paranoia chronica begleitet und in welche sie ausgeht, halte ich also nicht für Schwachsinn, sondern für Blödsinn, der keineswegs stets ein hochgradiger sein oder bis zur secundären Verwirrtheit oder völligen Verblödung vorschreiten muss.

Schwachsinn und Blödsinn werden in psychiatrischen Schriften, wenn sie überhaupt erläutert werden, so unterschieden, dass mit Schwachsinn (Debilitas mentis, Imbecillitas) die angeborene, mit Blödsinn (Dementia) die durch Krankheit erworbene Geistesschwäche bezeichnet wird.

Diese Definition der beiden grundverschiedenen Formen von Geistes-

[1]) Cf. desgl. *Ball*, Leçons sur les maladies mentales 1880—83 p. 240, welcher dieses Symptom autophilie nennt.

[2]) Dieselben werden jetzt unter die neurasthenischen Psychosen klassificirt.

Digitized by Google

schwäche charakterisirt dieselben in keiner Weise; überdies trifft sie nur im Allgemeinen zu, weil u. a. der Sprachgebrauch auch die angeborene Idiotie mit Blödsinn benennt.

Blödsinn ist, meiner Ansicht nach, diejenige Form von Geistesschwäche, bei welcher ein entstandener geistiger Defect durch einen qualitativ veränderten, fremdartigen Bestandtheil ersetzt wird, so dass dem inneren Wesen nach eine Incongruenz entsteht mit dem übrigen Geistesrest.

Schwachsinn ist dagegen bloss ein quantitatives Geringersein oder Geringerwerden (Abnahme, Ausfall) der Geisteskräfte, wobei eine qualitative Veränderung derselben sich nicht bemerkbar macht.

Es kann jemand durch einen Schlagfluss eine Geistesschwäche erwerben, theilweise sein Gedächtniss einbüssen, er ist darum doch nicht blödsinnig, aber er ist es, wenn das Gedächtniss eigenartig sich gestaltet und statt, wie früher richtige, die eigene Person und die Aussenwelt betreffende Wahrnehmungen einzuverleiben, jetzt nur Kleinlichkeiten, Besonderheiten in pedantisch-schrullenhafter Weise zurückbehält, wie das bei dementen Verrückten vorkommt. Der Schwachsinnige bewahrt seine Persönlichkeit; seine, wie immer gering gearteten Geistesvermögen harmonisiren; wenn er keiner tieferen Reflexion fähig ist und affectartiges Handeln vorherrscht, zumal seine Gemüthslage eine schwankende ist und durch geringe Ursachen aus dem Gleichgewicht gebracht werden kann, so handelt er doch aus Motiven, welche uns begreiflich sind und nach denen wir fragen. Beim Blödsinnigen ist die geistige Persönlichkeit verändert oder überhaupt nicht vorhanden, und trotzdem er bemerkenswerthe Beharrlichkeit und Energie bei auffallenden Handlungen entfalten kann, so pflegen wir doch nicht nach deren Motiven zu fragen, weil wir solche krankhafter Natur (Hallucinationen) oder solche voraussetzen, die überhaupt unbegreiflich aus äusseren Gründen sind (triebartige Handlungen). Wie in der Handlungsweise, so zeigt sich bei Blödsinnigen in Gesten, in Mienen überall die oben besprochene Incongruenz. Man beachte z. B. den Unterschied im Lachen und Lächeln der Schwachsinnigen und Blödsinnigen, wie bei letzteren in den Motiven, in der Mimik, durch die Dysharmonie und Incongruenz der in Thätigkeit versetzten Gesichtsmusculatur und des Blickes dabei, ihre eigenartige Geistesschwäche sich kundgiebt.

Bei den chronisch Verrückten können die Wahnideen an und für sich, obgleich es deren auch schwachsinnige giebt, doch nicht, wie *Salgo* und *Spitzka* wollen, als Schwachsinn ausgelegt werden. Das hat Herr *Cramer* mit Recht monirt. Allein wir könnten das Verhältniss des partiellen, fixirten Wahnes zum Geistesrest als Incongruenz en gros denken. Damit ist keineswegs gesagt, dass dieser Geistesrest ein gesunder ist oder bleibt. Im Gegentheil, auch in den besten Fällen werden immer weitere Gedankenkreise in den Wahn hineingezogen, es treten reelle Hallucinationen auf, welche auch bei der Paranoia chronica spl. niemals fehlen, es kommt

Digitized by Google

zu krankhaften Eigenthümlichkeiten, Tiks, zu impulsiven Handlungen, zu Aufregungszuständen mit Verwirrtheit, zu Schüben, welche die Intelligenz herabmindern. Auch die am längsten Widerstand leistenden Querulanten und die verfolgten Hypochonder gelangen bei genügend langer Dauer des Leidens schliesslich doch zur Demenz; am schnellsten und tiefsten tritt dieselbe ein, wo sie auf angeborenen Schwachsinn sich aufpfropft und bei der im Entwicklungsalter auftretenden Paranoia-Varietät, auf welcher wir im weiteren Verlauf der Discussion über die Eintheilung wohl näher eingehen werden. Wer die Demenz als allgemeines Symptom der Paranoia chronica bezweifelt, der stelle sich einmal die Aufgabe, aus einer grösseren Zahl von Pfleglingen seine „vom Wahn abgesehen ganz geistesklaren" chronischen Paranoiker herauszusuchen. Gerade die Züge der Demenz haben früher bei der Diagnose geleitet und müssen auch jetzt noch leiten, wo es bei einem Verwirrtheits- und Aufregungszustand gilt zu entscheiden, ob Paranoia chronica, oder eine acute, heilbare Krankheitsform vorliegt.

Es ist sicher bezeichnend, dass die gut beobachtenden Engländer, welche die Monomanie natürlich kennen, doch wie *Huck Tuke* in seinem Dictionary of Psychological Medicine Artikel Paranoia gesteht, von der Paranoia in unserem Sinne und unserer Eintheilung nicht recht wissen wollen, so dass er sie hauptsächlich nach deutschen Autoren beschreibt. Auch die Franzosen haben, vielleicht als Reaction gegen die *Esquirol*'schen Monomanien, vor *Morel* und *Magnan* die Paranoia chronica einfach unter die Démence gerechnet. Ein ungünstiger, die richtige Unterscheidung von Schwachsinn und Blödsinn hindernder Umstand war es, dass im Deutschen hohe Grade des Schwachsinns gleichfalls Blödsinn genannt wurden. Für sie sollten die Ausdrücke Idiotie, Imbecillitas, Inferioritas bei angeborener, Debilitas, Infirmitas mentis bei erworbener Schwäche, reservirt bleiben. Den Blödsinn aber müssen wir davon, soweit es angeht, nicht nur nach seinen charakteristischen Aeusserungen trennen, sondern ihn gleichfalls in Graden abstufen. Dann wird es uns nicht widerstreben bei den Paranoikern, welche im bürgerlichen Leben noch beträchtliche Leistungen aufweisen, die oft frühen und spärlichen Blödsinnszeichen als solche anzuerkennen. Es kann dieser, für die Lehre von der chronischen Paranoia so wichtige Punkt hier nicht erschöpft werden. Ein Beispiel möchte ich nur noch citiren, welches die praktische Consequenz meiner Anschauungsweise illustrirt. Es betrifft jene chronisch Verrückten, welche mit Affect und grosser Energie, anscheinender Charakterstärke, die Welt durch Wort und That dadurch in Aufregung versetzen, dass sie sich als „Märtyrer der Irrenhäuser" oder als „Opfer der Irrenärzte und der Gerichte" aufspielen. Der fixe Wahn und was damit zusammenhängt, die Hallucinationen, Illusionen, wird verheimlicht oder er bietet den Anstrich einer gewissen Wahrscheinlichkeit, weil die Kranken es verstehen, ihn oberflächlich zu motiviren. Dann bemühten sich die Gutachter oft vergeblich Schwach-

Digitized by Google

sinn nachzuweisen, während sie typische, handgreifliche Züge des Blödsinns ausser Acht liessen, z. B. abrupte, läppische, durch keinerlei Logik zu motivirende Handlungen in ihrer Bedeutung nicht würdigten.

Bei der Paranoia chronica hallucinatoria haben wir uns zunächst die Frage vorzulegen, ob sie überhaupt vorkomme. Giebt es eine chronische, unheilbare Verrücktheit, welche ohne Aufregungszustand in allmäliger Entwicklung lediglich durch Sinnestäuschungen eingeleitet und bis zu gewisser Stufe fortgebildet wird? Denn nur eine solche können wir Paranoia chronica hallucinatoria nennen.

Auch abgesehen von den einleitenden Sensationen bei der hypochondrischen Varietät, giebt es eine solche seltene Art der Entstehung, welche bei ihrem Beginn in Anstalten kaum zur Beobachtung kommen dürfte. Es ist diejenige, wobei die Kranken bei voller Geistesklarheit über plötzlich auftretende Hallucinationen des Gehörs klagen, denen sie ebenso objectiv gegenüberstehen, wie die an Zwangsvorstellungen Leidenden ihren Zwangsgedanken. Solche Hallucinationen können lange Zeit, wie ich einmal beobachtete, jahrelang bestehen, sie können auch intermittiren und man könnte fast an eine isolirte Erkrankung des Gehirns, und zwar an eine Reizung des Hörcentrums glauben. Endlich aber verlieren die Kranken ihre Objectivität, die Sinnestäuschung wird ihnen Wirklichkeit, und es entspinnt sich der fixe Wahn der Verfolgung. — Ebenfalls hierher möchte die bei Gefangenen in Isolirhaft auftretende Paranoia zu zählen sein, welche mit isolirten Gehörstäuschungen beginnt.

Es ist bekannt und z. Th. hier hervorgehoben worden, dass wo Hallucinationen eines Sinnes im Krankheitsbilde vorwalten, sie für den Wahn tonangebend sind und lange isolirt und einförmig verharren können, dass gehäuftes Auftreten im Bereiche mehrerer Sinnesgebiete die Prognose quoad Absturz zum Blödsinn mit Verwirrtheit, zur Dementia confusa steigert, dass das Gleiche geschieht beim Auftreten der von *Baillarger* so genannten psychischen Hallucinationen, als würden die Gedanken gekannt, gemacht, abgezogen u. dgl. Endlich stellen sich auch hier Aufregungszustände und Schübe ein, welche den allgemeinen psychischen Zustand gemeinhin verschlimmern. Tritt eine solche Verschlimmerung nicht ein, so kann eine Intermission, oder eine Paranoia acuta vorgetäuscht werden.

Die Paranoia acuta — simplex und hallucinatoria —, wofür man neuerdings sehr unglücklich wieder den alten verpönten, überdies nicht einmal passenden Namen Wahnsinn einzuführen versucht, soll die Paranoia chronica in gedrängter Kürze darstellen. Wir müssen also verlangen: Ein, bei stärkerem und trotz des zuweilen melancholischen Anscheins, doch bei expansivem Affect schnell aufschiessendes resp. sich entwickelndes Wahnsystem, welches, falls ein Aufregungszustand die Krankheit eingeleitet hat, auch nach dem Verschwinden desselben bei eingetretener Beruhigung und Besonnenheit noch einige Zeit verbleibt. Ferner,

Digitized by Google

dass die Sinnestäuschungen, welche entweder massenhaft — Paranoia acuta hallucinatoria —, oder vereinzelt, selbst nur als Illusion auftreten können — Paranoia acuta simplex —, wenigstens z. Th. im Sinne der concipirten Wahnideen verwerthet werden und damit ein Ganzes bilden. Einzelne lose Wahnideen beweisen Nichts für Paranoia, und ich verweise hier auf das Eingangs Gesagte; selbst die Eigenbeziehung kann vorübergehend auch bei Amentia vorkommen. Der Verlauf ist ein schnellerer; der Ausgang verschieden, entweder, wie unbestritten angenommen wird, in Heilung, oder, gleichfalls unbestritten, in chronische Verwirrtheit Amentia chronica oder secundaria, welche begreiflicherweise von Dementia confusa sich kaum unterscheiden lässt. Ein dritter Ausgang, der jedoch von namhaften Autoren gänzlich in Abrede gestellt wird, ist der in Paranoia chronica. Ich meinerseits halte dafür, dass ein Uebergang der Paranoia acuta in Paranoia chronica, wodurch die innere Verwandtschaft beider Formen am besten bewiesen wird, sicher vorkommt. Allein schon der Umstand, dass selbst der Erfahrene wenn der Kranke nach erfolgter Beruhigung die Wahnideen länger festhält, vielleicht auch weiter ausbildet, zweifeln kann, ob er Paranoia acuta oder Paranoia chronica vor sich habe, ist für eine solche Möglichkeit einigermaassen ein Anzeichen. Es kommt aber z. B. bei Schwachsinnigen, und zwar bei einer und derselben Persönlichkeit vor, dass einmal eine Paranoia acuta glatt, ohne Zurücklassung eines Restes vorübergeht, dass aber eine Wiedererkrankung daran, welche symptomatologisch der ersten Erkrankung ähnlich sein kann, sich nicht zurückbildet, sondern zur chronischen Paranoia wird und in Demenz endet. Aehnliches beobachten wir bei neuropathisch Belasteten. Hier kann plötzlich ein erster Schub, ein Delirium paranoicum, Délire d'emblée, hereinbrechen und nach raschem Ablauf spurlos verschwinden; weitere Schübe, bouffées, brauchen überhaupt nicht mehr zu folgen, oder sie können nach langem freien Intervall von Jahren auftreten und dann entweder gleichfalls heilen, oder den funesten Ausgang in Chronicität und Demenz nehmen. (Ein solches Beispiel wird mitgetheilt.)

Hiermit habe ich bereits der beiden Varietäten der Paranoia acuta gedacht, von denen Herr *Mendel* die hier sehr häufig vorkommende Paranoia acuta hallucinatoria treffend geschildert hat. Wir beobachten nach voraufgegangenem Stadium der Unruhe, selbst Angst, die gewöhnlich bis zur Tobsucht sich steigernde Erregung, indem Hallucinationen plötzlich hereinbrechen; unter den wilden Delirien schimmert zuweilen schon ein gewisser Wahnkern hervor; es erfolgt dann Nachlass der Erregung und allmälige Klärung. Aber trotz der wiederkehrenden äusseren Besonnenheit beharren die Wahnvorstellungen, nehmen unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen gelegentlich sogar zu, bis sie schliesslich doch, gewöhnlich gleichen Schrittes mit den Hallucinationen, manchmal später, nachlassen, verschwinden und Heilung eintritt. Beharren sie, so erfolgt Uebergang in Paranoia chronica

Digitized by Google

und wenn der Kranke aus dem Erregungsstadium überhaupt nicht völlig herauskommt, derjenige in chronische Verwirrtheit. Ich habe bei Paranoia acuta hall. nicht selten eine auffallend schnelle Klärung eintreten sehen, darauf nach kurzer Zeit Rückfall in den Zustand hallucinatorischer Erregung und Verworrenheit, aus dem der Kranke dann nicht mehr herauskam. Doch ist die Hoffnung auf Heilung selbst nach mehrfachen solchen Rückfällen nicht aufzugeben.

Die Paranoia acuta simplex kommt zumeist nach meiner Erfahrung bei von Haus aus Schwachsinnigen oder bei durch irgend welche Ursache gemüthsschwach oder geistig debil gewordenen Personen vor. In Folge einer Gemüthserregung oder körperlichen Erkrankung gerathen diese Kranke in Unruhe, werden verstimmt und gereizt, glauben sich beeinträchtigt und grundlos verfolgt, werfen auf diejenigen einen Hass, welche ihren Wünschen, nach ihrer Meinung, im Wege stehen, beziehen Vorgänge auf sich, die gleichgültiger Natur sind oder sie gar nicht betreffen, und indem sie ihrem Gedankeninhalt falsche Wahrnehmungen und falsche Schlüsse einverleiben, deren Correctur wegen des Mangels an Kritik nicht leicht bewirkt werden kann, indem sie auch eine gelegentlich aufschiessende Hallucination als Realität aufnehmen, bilden sie Wahnideen aus, welche freilich an Geschlossenheit und Abrundung denen nachstehen, die bei vollsinnig Gewesenen auftreten. Jene Kranke pflegen die Wahngebilde auch nicht so fest als diese zu halten, so dass ihr Zustand durch Versetzung in eine andere Umgebung oft günstig beeinflusst wird. Es scheint, dass die von *Fr. Hoffmann* in seiner Arbeit (l. c.) erwähnten „Schmelzungen" von Wahnresten durch erneute Erregungen sich auf diese Kategorie paranoischer Kranker bezieht.

Von Heilung abgesehen, erfolgt auch hier der Ausgang in Amentia chronica und Dementia confusa, wenn namentlich die Sinnestäuschungen verbleiben und sich weiter ausbreiten. Es ist endlich auch, wie oben erwähnt, der Ausgang in Paranoia chronica möglich und um so schärfer und leichter zu beobachten, als hierbei klare Verhältnisse vorliegen und oft nur bei blossem Verharren der sehr einfachen Wahnideen die Dementia, der Blödsinn eintritt, ohne dass viel Neues an psychischen Symptomen sich hinzugesellt. Denn die Dementia in dem von mir erörterten Sinne gehört zwar zu den Zeichen der chronischen, nicht aber der acuten Paranoia; deshalb kennzeichnet ihr Eintritt den Zeitpunkt, wann die letztere Form in die erstere übergeht und unheilbar wird.

Die Abgrenzung der acuten Paranoia gegen manche Fälle von hypochondrischer Melancholie, von Melancholie und Manie mit Sinnestäuschungen kann schwierig sein, am schwierigsten ist und bleibt aber die Abgrenzung gegen die Amentia. Sie gelingt nur, wenn wir in unseren Anforderungen an die Symptomatologie für die Paranoia acuta streng an die erörterten Gesichtspunkte uns halten und ehe wir die Existenz einer solchen Erkrankung zugeben, die Analogie mit der Paranoia chronica feststellen. Dann wird die Paranoia acuta die ungerechtfertigte und geradezu

Digitized by Google

ungeheuerliche Ausdehnung verlieren, welche sie bei manchen neueren Autoren gewonnen hat. Die Empfindung scheint heute allgemein zu sein, dass sie beträchtlich beschränkt werden muss, wie ich dies l. c. 1888 bereits ausgesprochen habe. Die Einschränkung wird aber erfolgen müssen zu Gunsten der Amentia.

Wenn wir nun zur Amentia übergehen und, um die Gegensätze scharf hervortreten zu lassen, die gleich am äussersten Ende derselben stehenden acuten Formen, die Delirien besprechen, so frage ich, was hat mit den verschiedenen Paranoiaarten das Erschöpfungs-Collaps-Intoxicationsdelirium zu schaffen, wie es vorkommt nach Erysipel, Pneumonie, Typhus, nach Operationen, Shok, Insolation, nach purem starken Alkoholgenuss, nach Cocain, Belladonna etc.? Wo ist da, — immer der Gesammtverlauf in Betracht gezogen —, die Analogie mit der Paranoia chronica? Diese, — von Fieber nicht erzeugten — Amentiae delir. acutissimae sind schnell vorübergehende, traumhafte Angstzustände, häufig, aber bei Weitem nicht immer, mit vielen Hallucinationen im Bereiche mehrerer oder aller Sinne verknüpft. Wo die Sinnestäuschungen an der Verwirrtheit mitwirken, welche sie aber keineswegs allein verschulden, kann man auch von einem Delir. hallucinatorium sprechen. Solche Bezeichnung lässt sich überhaupt nicht anwenden auf die protrahirten Arten der Amentia, welche z. B. bei Greisen, bei organischen Hirnleiden, bei Nieren-Herz-Diabeteskranken beobachtet werden, wo oft eine eigenthümliche Verwirrtheit sich wochenlang und länger hinziehen kann. Es besteht bei solchen Patienten ein Wechsel zwischen leidlicher Klarheit, so dass sie besonnen sprechen, nur an gewissen irrthümlichen Anschauungen und durch phantastische Träume erzeugten Erinnerungen festhalten, und einer völligen Desorientirtheit. Primordial schiessen zuweilen Vergiftungs-, Verfolgungs-, Grössenwahnideen auf, die sich nicht systematisch gliedern, sondern verschwinden, wie sie entstanden sind. In gleicher Weise springen Hallucinationen isolirt auf und vergehen, während die häufigeren Illusionen längeren Bestand haben.

Fügen wir zu den gedachten Arten der Verwirrtheit noch die Amentia stuporosa s. Dementia acuta, ferner die monate-, selbst jahrelang andauernde Amentia subchronica, als deren Paradigma wir u. a. das Irresein der Wöchnerinnen ansehen dürfen, so haben wir die Amentia im Ganzen und Grossen umfasst. Wir sehen dabei ab von dem symptomatischen Auftreten derselben bei Epilepsie, Hysterie etc. So gross *Meynert's* Verdienste auf diesem Gebiete sind, dazu können wir uns doch nicht verstehen, die epileptischen Dämmer-Traum-Tobsuchtszustände und die psychischen Aequivalente aufzufassen als Amentia plus Epilepsie; wir halten dieselben wohl Alle als integrirende Aeusserungen der epileptischen Krankheit.

Die unterscheidenden Merkmale aller vorgedachten Arten von Amentia liegen in der Trübung des Bewusstseins, die selbst bis zur Betäubung

Digitized by Google

geben kann, in der gänzlichen oder theilweisen Unklarheit, in der aus der Schwäche des Centralnervensystems entspringenden Unfähigkeit zu richtiger Wahrnehmung und zur geordneten Durchführung des Denkprocesses, falls die Wahrnehmung richtig gewesen ist. Daher die zahlreichen Illusionen bei Verwirrten, welche vor den Sinnestäuschungen oft dominiren, die Desorientirtheit über Zeit, Ort, Persönlichkeiten die unzweckmässigen Bewegungen, die falschen Beziehungen auf sich und Andere, die unrichtigen Deutungen oder das Unvermögen zu begreifen und zu deuten. Der Verrückte weiss gleich, was Alles bedeutet, der Verwirrte kann sich davon keinen Begriff machen. Die Krankheitserscheinungen unterliegen dabei insgesammt, im Gegensatze zur Paranoia acuta, stetem Wechsel; man darf sagen, ihr Charakter ist die Charakterlosigkeit. Wie *Meynert* ausgeführt hat, ist nämlich charakteristisch: der beständige Wechsel der Symptome ohne kennzeichnenden Werth, der Mangel an Einheit in Gedanken und an Einheit in der Stimmung. Letztere wird am allerwenigsten, wie in der Paranoia doch im Grunde immer, von einem expansiven Affect getragen; sie kann von Trübseligkeit zu ausgelassener Heiterkeit, zu Zornmüthigkeit, selbst jäh, schwanken. Denn neben den aufgezählten „Ausfallssymptomen" macht sich nach *Meynert* als „Reizsymptom" die Aufregung geltend. So entsteht in Summe als charakteristischer Eindruck bei der Amentia die Incohärenz der psychischen Aeusserungsweisen, im Gegensatz zu der Incongruenz bei der Paranoia.

Wir haben demnach genügende Anhaltspunkte, Amentia von Paranoia acuta dem inneren Wesen nach zu unterscheiden, zumal wir noch die Aetiologie der Amentia (meist plötzliche Entstehung nach Einwirkung von Erschöpfung, Blutentmischung, Vergiftung, Entwicklung von Toxinen) hierzu einigermaassen heranziehen können. Nicht so zu verwerthen sind die Ausgänge, denn wir haben auch bei der Amentia wie bei der Paranoia acuta den Ausgang in Heilung, nicht selten in Heilung mit Defect. Ferner bei beiden den in Amentia chronica mit schliesslicher Dementia confusa, die noch schneller und stärker aus der ungeheilten Amentia hervorgeht. Aber es geht die Amentia nicht in chronische Paranoia über. Wohl kann bei einer incompleten Heilung auf der Basis des Defectes sich eine chronische Paranoia entwickeln. Dies ist dann secundäre Entstehung, nicht der, wie bei der Paranoia acuta vorhandene, directe Uebergang in die chronische Grundform.

Wenn die Herren Referenten in ihrer vedienstlichen Arbeit die nahe Verwandtschaft der Paranoia chronica, Paranoia acuta und Amentia betont haben, insofern gewisse Grundsymptome bei allen, nämlich Sinnestäuschungen, Wahnideen, Incohärenz genetisch mit einander verwandt wären und das prädominirende Symptom bei ihnen allen die Erkrankung der Verstandesthätigkeit sei, so kann man diese Behauptungen dahin gestellt sein lassen oder selbst zugeben, ohne doch der weiteren Forderung beizupflichten, dass die genannten „drei Krankheitsbilder auf dem gemein-

Digitized by Google

samen Boden der Paranoia zu differenziren" seien. Ein Delirium tremens hat mit der Paranoia, wie mir scheint, nichts Gemeinsames, ausser dass bei beiden Hallucinationen und Erregungszustände vorkommen wie bei den differentesten Psychosen auch geschieht. Nicht ein Symptom, und wäre es selbst das prädominirende und noch so fein analysirt, entscheidet für die Charakteristik der Krankheit und deren Benennung, sondern, das muss immer wiederholt werden, das Gesammtbild der Krankheit bis zum Ausgang. Nicht einmal dann, wenn die gleiche Aetiologie vorliegt, könnte ich daher der Anschauung der Herren Referenten über diesen Punkt beipflichten. Wir haben beim Alcoholismus z. B. erstens das Delirium tremens, welches Amentia delir. acutissima ist und in den meisten Fällen auch als Del. hallucinatorium bezeichnet werden kann, dann die sich hinziehenden Verwirrtheitsformen, weiter acute und chronische Paranoia und endlich die Alkoholparalyse. So wenig die letztere mit den vorgenannten Krankheitsformen, sowenig dürfen jene unter sich zusammengeworfen werden. Denn die Verschiedenheiten derselben können und müssen auf Verschiedenheiten der gesetzten Schädigung, oder auf der differenten Reactionsweise verschieden gearteter Organismen beruhen. Bei der Alkoholparalyse setzen wir anatomische Veränderungen im Gehirn bereits voraus.

Gewiss giebt es bei all den abgehandelten Geistesstörungen Zustände, insbesondere solche grösserer Erregung, in denen sie einander ununterscheidbar ähnlich sind; während einer, bei ihnen auftretenden Tobsucht mit Ideenflucht kann ebenfalls die Diagnose mit Manie Schwierigkeiten bieten. Wie man selbst während solcher Zeiten Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose gewinnen kann, hat *Schüle* (l. c.) mit vielem Scharfsinn ausgeführt. Allein es giebt überhaupt schwer auseinanderzuhaltende Grenzfälle zwischen Melancholie, Manie, Paranoia acuta und Amentia. Eine Entscheidung über die Natur der Krankheit wird sich in den allermeisten Fällen, wenigstens nach dem Ablauf, an der Hand sorgfältig gemachter und aufgezeichneter Beobachtungen ermöglichen lassen, indem wir die ausgesprochenen Typen uns vor Augen halten und die Symptome nach der einen oder anderen Richtung abwägen.

3. Herr *Jolly* begrüsst, wie die Vorredner, die beiden Referate als geeignet, die zur Discussion stehenden Fragen zu klären. In vielen Punkten einverstanden möchte er doch auch Einiges hervorheben, bezüglich dessen er anderer Meinung ist.

Eine Frage, mit welcher sich die beiden Referate besonders eingehend beschäftigen, ist die nach dem Verhältniss der acuten Verwirrtheit zu der acuten Paranoia. Redner erinnert zur Erläuterung dieses Verhältnisses an eine Krankheitsform, die in sehr klarer Weise sowohl die Verschiedenheit wie die Verwandtschaft der beiden genannten Zustände hervortreten lässt, nämlich den acuten Alcoholismus. Unter den an Delirium tremens leidenden Kranken sind zunächst häufig die mit

Digitized by Google

vielfach wechselnden Traumvorstellungen zu finden, bei welchen beständig Wandelbilder vor den Sinnen vorüberziehen, ein Erlebniss das andere ablöst und nur ein ganz lockrer oder auch gar kein Zusammenhang zwischen den einander folgenden Ideen besteht. Dies sind die im eigentlichen Wortsinn delirirenden (faselnden) Kranken, welche auch als völlig verwirrt oder an acuter Verwirrtheit leidend bezeichnet werden können.

Ihnen gegenüber stehen andere, bei welchen von vornherein eine bestimmte Idee feststeht, irgend eine Geschichte, welche während der ganzen Krankheitsdauer festgehalten, durch die weiteren Traumerlebnisse phantastisch ausgestaltet und mehr und mehr systematisirt wird. Die letzteren Fälle sind diejenigen, welche *v. Speyr* zutreffend als solche von Paranoia acuta alcoholica bezeichnet hat.

Sie können wie die einfachen delirirenden Fälle in wenigen Tagen ablaufen und nach genügendem Schlaf zu vollständigem Erwachen führen, in welchem der Wahn wie ein zusammenhängender schwerer Traum zunächst noch in allen Einzelheiten erinnert wird, um oft nach kurzer Zeit grösstentheils aus dem Gedächtniss zu entschwinden. Etwas häufiger als bei den delirirenden Fällen kommt aber ein protrahirter, über mehrere Wochen sich erstreckender Verlauf vor, der ebenfalls noch in der Regel mit Genesung endigt, zuweilen aber auch in die chronische Paranoia alcoholica übergeht.

Neben diesen beiden Gruppen kommen endlich Mischformen vor, in welchen eine bestimmte Traumgeschichte das Leitmotiv darstellt, daneben jedoch die beständig wechselnden Wandelbilder der delirirenden Form ablaufen. Immerhin aber sind die Merkmale in typischen Fällen so charakteristisch, dass es berechtigt ist, zwei Varietäten des acuten Alcoholismus als die delirirende und systematisirende zu unterscheiden.

In ganz analoger Weise gestaltet sich nun das Verhältniss der unabhängig von Alkoholeinfluss entstandenen acuten Psychosen, die man als acute Verwirrtheit einerseits und als acute Paranoia andererseits bezeichnet. In Bezug auf die erstere Form, die sich mit der „acuten halluzinatorischen Verworrenheit“ von *Fürstner* und mit der „Amentia“ von *Meynert* deckt und die Herr *Mendel* als „Delirium hallucinatorium“ bezeichnet hat, ist der Redner mit Herrn *Mendel* darin einverstanden, dass sie in den Fällen, in welchen sie sich an acute fieberhafte Krankheiten anschliesst, häufig von sehr acutem günstigen Verlauf ist, so dass Anstaltsbehandlung gar nicht nothwendig wird. Indessen kommen doch einzelne Fälle auch dieser Entstehungsweise mit erheblich längerem über Monate sich erstreckenden Verlauf vor. Es werden aber ferner acute Verwirrtheitszustände beobachtet, die unabhängig von fieberhaften Krankheiten entstanden doch ganz dieselben Erscheinungen zeigen wie die oben besprochenen Fälle. Zuweilen ist starke körperliche Erschöpfung, zuweilen eine intensive Gemüthsbewegung die Veranlassung, in anderen Fällen lassen die

Digitized by Google

anamnestischen Erhebungen ganz im Stiche. Hallucinationen fehlen in diesen Fällen selten, oft sind sie als vorherrschendes Symptom zu finden, sie können aber auch von mehr nebensächlicher Bedeutung sein, indem eine directe Störung des Vorstellens, eine Lockerung des Zusammenhangs, eine Dissociation im Sinne von *Ziehen* das primäre Moment zu sein scheint, das die Kranken völlig rathlos macht, ihre Apperceptionsfähigkeit stört und ein ganz verworrenes Denken zur Folge hat. Diese Kranken können wie die Alkoholdeliranten oft vorübergehend aus ihrem Traumzustande erweckt und zu einzelnen richtigen Wahrnehmungen und Schlüssen veranlasst werden, versinken aber dann auch wieder in Verwirrtheit. In Zuständen dieser Art werden selbstverständlich wie in jedem Delirium die mannigfachsten Wahnvorstellungen producirt, es kommt aber in der Regel nicht zu irgend einer consequenten systematischen Wahnbildung, sondern die Verworrenheit beherrscht bis zum Ende das Krankheitsbild. Dieses Ende kann nun unter Umständen recht lange auf sich warten lassen; es vergehen nicht selten viele Monate bis zur Genesung, die aber doch schliesslich verhältnissmässig häufig eintritt. In andern Fällen gehen dauernde geistige Schwächezustände daraus hervor, in noch anderen kommt mit Nachlass der Verworrenheit das Vortreten einzelner systematisch ausgestalteten Wahnideen zur Beobachtung, so dass dann der Gesammtverlauf als chronische Paranoia, eingeleitet durch ein Stadium der Verwirrtheit, bezeichnet werden muss.

Gegenüber diesen Fällen, welche somit gelegentlich in die systematisirende Form übergehn, häufiger aber von Anfang bis zu Ende als delirirende, d. h. als Verwirrtheit verlaufen, stehen die anderen, in welchen von vornherein eine bestimmte Richtung der krankhaften Ideen vorhanden ist, Verfolgungs- oder Grössenwahn primär hervortritt oder auch die charakteristische Mischung dieser beiden in ganz kurzer Zeit zur Entwicklung kommt. Hallucinationen spielen dabei häufig mit, sind aber nicht immer von erheblicher Bedeutung. Auch von dieser Form, deren Bezeichnung als acute Paranoia keinem Zweifel begegnen kann, gibt es Fälle von ganz kurzer Dauer, die auch mit Genesung endigen. Es scheint sich dann in der Regel um stark belastete Individuen zu handeln, die oft durch geringfügige Anlässe acut erkranken, aber bald wieder klar werden und keine weiteren Symptome als die ihrer abnormen Veranlagung zukommenden zurückbehalten. Häufiger ist ein Verlauf von längerer Dauer, indem viele Monate hindurch die Wahnbildung bestehen bleibt und Umbildungen erfährt, bald stärkere Erregung zur Folge hat, bald zu Hemmungen führt, auch öftere Remissionen aufweist, in welchen ein Theil der Wahnideen corrigirt oder angezweifelt wird. Der schliessliche Verlauf kann ein günstiger sein, aber der Uebergang in chronische Paranoia ist durchaus kein seltener und es liegt daher kein Grund vor — wie dies in neuerer Zeit vielfach geschehen ist —, die letztere von der acuten Paranoia principiell zu trennen, da der

Digitized by Google

Unterschied lediglich in der verschieden raschen Entwicklung, nicht in wesentlichen Merkmalen des Zustandes selbst gelegen ist.

Es ist nun weiter leicht ersichtlich, dass auch zwischen der acuten Verwirrtheit und der acuten Paranoia ähnliche Uebergänge bestehen wie zwischen der delirirenden und der systematisirenden Form des acuten Alcoholismus. Auch bei der acuten Paranoia sind vorübergehende Verwirrtheitszustände sowohl im Beginn wie intercurrent oft zu beobachten. Auch bei ihr spielt die Dissociation des Vorstellens, sowie Hemmungen und Beschleunigungen des Ideenablaufs eine wesentliche Rolle, und es gibt Fälle, in welchen es fast willkürlich erscheint, ob man dem einen oder anderen Symptom die grössere Bedeutung für die Namengebung zuschreiben will.

Man ist somit wohl berechtigt, zwei Varietäten des acuten primären Verstandesirreseins als Verwirrtheit und Paranoia zu unterscheiden, muss sich aber bewusst sein, dass es sich um nahe verwandte Formen handelt. Weiter muss denselben eine dritte Varietät, die acute Geistesschwäche oder acute Demenz hinzugesellt werden, welche *J.* mit dem Namen einer Anoia acuta zu bezeichnen pflegt, auf deren Einzelheiten und Verlauf aber bei dieser Gelegenheit nicht weiter eingegangen werden soll.

Gegenüber diesen Formen, in welchen es sich um eine worwiegend in der Vorstellungssphäre ablaufende Störung handelt, pflegt man nun als völlig getrennte Gruppe die der primären Affect- oder Gefühlsstörungen abzuscheiden und es herrscht die Meinung, als ob hier in der That etwas absolut Gegensätzliches und ohne Weiteres und mit Nothwendigkeit zu Trennendes gegeben sei.

Sieht man sich aber die beiden Typen der Affectstörung, die Manie und die Melancholie näher auf diesen Punkt an, so erkennt man sofort, dass auch hier die Abgrenzung keine klare und einfache ist.

Was zunächst die Manie betrifft, von der der erste Referent (Herr *Cramer*) sagt: „Wer eine grosse Anzahl von Maniakalischen gesehen hat, der wird in der Regel mit der Diagnose keine Schwierigkeiten haben, wohl aber der Anfänger und der praktische Arzt", so bemerkt *Jolly*, dass er sich trotz sehr reicher Erfahrung hier häufig in der Empfindung des Anfängers befinde. Die Schwierigkeit liegt hier zunächst nach der Seite des Delirium hallucinatrium oder der Verwirrtheit. Thatsächlich ist nämlich in vielen Fällen der letzteren Art die Stimmung vorwiegend der der Maniakalischen entsprechend und umgekehrt ist bei typisch maniakalischen Kranken oft ein Stadium ausgesprochener hallucinatorischer Verworrenheit im Beginn oder im Verlaufe zu beobachten. Die These, dass in einem Falle die Stimmungsanomalie primär sei und zur Verwirrtheit führe, während im anderen die im verwirrten Zustande auftauchenden Vorstellungen und Hallucinationen einen heiteren Affectzustand erzeugten, ist eben zunächst eine rein theoretische. Praktisch kann man eine entsprechende Aufeinanderfolge der Erscheinungen wohl in einzelnen Fällen feststellen;

Digitized by Google

in anderen aber bleibt man auch bei genauer Beobachtung und bei Verfolgung des ganzen Verlaufs eines solchen Zustandes im Unklaren, welche der Erscheinungen und ob überhaupt eine derselben als „die primäre Störung" bezeichnet werden darf.

Das Gleiche gilt für einzelne Fälle der acuten Paranoia, die durch ausgesprochenen und anhaltenden maniakalischen Affect gekennzeichnet sind. Auch hier ist die Entscheidung, ob die exaltirte Stimmung Grössenideen erzeugt, oder ob die letzteren zur Exaltation der Stimmung führen, häufig unmöglich und die Einreihung der Fälle zu einer der typischen Formen durchaus willkürlich.

Man muss daher, wenn nicht den Thatsachen Gewalt geschehen soll, anerkennen, dass zwischen der Manie einerseits und der Verwirrtheit und Paranoia andererseits Mischformen bestehen, ebenso gut wie sie zwischen den beiden letzteren Formen vorhanden sind, und man wird, je nachdem die eine oder andere Erscheinung etwas mehr vorherrscht, von „paranoischer Manie" oder von „maniakalischer Paranoia" und von „Manie mit Verwirrtheit", also „deliriöser Manie" und von „maniakalischer Verwirrtheit" sprechen müssen.

Und die gleichen Beziehungen ergeben sich nach der Seite der Melancholie, welche ebenfalls in paranoischer und deliriöser Varietät auftreten kann, während es andererseits Fälle von Paranoia und von Verwirrtheit mit ausgesprochen und anhaltend melancholischem Affectzustand gibt.

Diese Unterscheidungen werden vielleicht für ein Spiel mit Worten gehalten werden, jedoch sehr mit Unrecht. Denn es ist nach allen unseren Kentnissen von den Beziehungen psychischer Functionen zum Mechanismus der Gehirnthätigkeit wenig wahrscheinlich, dass so genau abgezirkelte Veränderungen, wie sie den reinen Affect- und den reinen Vorstellungsstörungen zu Grunde liegen müssen, bei acuten Gehirnerkrankungen die Regel bilden können.

Ein Blick auf die complicirten Verhältnisse, welche bei den sogenannten einfachen Affectstörungen vorliegen, genügt, um hierüber Aufschluss zu verschaffen. Die subjectiven Gefühlserscheinungen stellen nämlich, wie nicht oft genug betont werden kann, nur die eine Seite der Affecterregung dar. Gleichzeitig mit ihnen werden aber ausnahmslos Aenderungen in dem Ablauf der Vorstellungen und der Willensimpulse beobachtet. Verlangsamung und Hemmung in der einen Kategorie, Beschleunigung und ungehemmtes Abschnurren des Räderwerks in der anderen — mit anderen Worten die regulatorischen Störungen der psychischen Vorgänge, wie sie *Dittmer* treffend benannt hat — das sind nothwendige Begleiterscheinungen der Affectstörung und wahrscheinlich in nicht wenigen Fällen die eigentliche Grundlage derselben.

Diese regulatorischen Störungen begreifen aber in sich eine Reihe der

Digitized by Google

psychischen Erscheinungen, welche man in neuerer Zeit gerade als besondere Eigenthümlichkeiten der Paranoia hervorgehohen hat. Ausser der Hemmung und Beschleunigung gehören nämlich zu ihnen gewisse Veränderungen der Apperception und somit Verfälschungen der sinnlichen Wahrnehmung, ferner sowohl Dissociation der Vorstellungen wie Denkzwang und Zwangsvorstellungen. Alle diese Vorgänge kann man in der That gerade bei den eklatanten Affectstörungen oft in ihren reinsten Formen beobachten.

Weiter muss daran erinnert werden, dass in gewissen Fällen von acuter Affectstörung von vornherein der Charakter einer tieferen gleichfalls primären Schädigung der Intelligenz zu erkennen ist und dass daher die rasche Verblödung, welche bei manchen melancholischen und maniakalischen Kranken eintritt, nicht etwa als eine secundäre aufgefasst werden darf, indem sie vielmehr in dem Wesen des zu Grunde liegenden Krankheitsprocesses ihre Erklärung findet.

Es geht nach alledem nicht an, die Affectstörungen als isolirte und reine Krankheitsvorgänge aufzufassen, welche als etwas fundamental Verschiedenes den Denkstörungen gegenüber stehen. Es ist vielmehr wahrscheinlich, dass für viele psychische Krankheiten die letzte Ursache in solchen Gehirnstörungen gelegen ist, welche den regulatorischen Mechanismus beeinflussen und in Folge hiervon gleichzeitig auf Gefühl und Vorstellung einwirken. Ueberwiegt die Wirkung auf die eine oder die andere Seite des Seelenlebens, so kommen die verhältnissmässig reinen Typen der Affect- und Denkstörungen zu Stande. Aber das Vorkommen gemischter Symptomencomplexe liegt in der Natur des ganzen Vorgangs begründet und muss daher nothwendigerweise ein sehr häufiges sein.

Als Resultat dieser Ausführungen ist somit festzustellen, dass die acuten Formen der Geistesstörungen, von denen hier zunächst die Rede ist, rein symptomatisch betrachtet, theils eine stärkere Betheiligung der Gefühle erkennen lassen (in der Melancholie und Manie), theils eine stärkere Betheiligung des Vorstellens (in der Verwirrtheit, Demenz und Paranoia), dass diese Bezeichnungen jedoch nur für einen Theil der Fälle die ganze Erscheinungsform der Krankheit ausdrücken, während für viele andere Fälle complicirtere Bezeichnungen erforderlich sind als Ausdruck der mannigfachen Symptome, welche den alle Theile des psychischen Mechanismus beeinflussenden Krankheitsprocessen entsprechen.

4. Herr *Moeli* hebt ebenfalls hervor, dass bei den acuten, nicht nur den acut ausbrechenden, sondern auch acut verlaufenden Geistesstörungen mit vorzugsweiser Bildung von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen zwischen den mit erheblicher Lockerung des Zusammenhangs der Vorstellungen und mit entsprechender oder auch selbständig bedingter Beeinträchtigung des Bewusstseins einhergehenden Fällen einerseits und den mit systematisirter Wahnbildung und voller Klarheit der Wahrnehmungen, des Gedächtnisses etc. andererseits, Uebergangsfälle bestehen.

Digitized by Google

Nach seiner Erfahrung ist die systematisch zusammenhängende, inhaltlich genau begrenzte Wahnbildung ohne jedes Hineinspielen von wenigstens einzelnen Ideen und Sinnestäuschungen anderen, weniger geordneten Inhalts mit Klarheit in der Auffassung der Umgebung etc., soweit sie wirklich in kurzer Zeit in Heilung übergeht, die bei weitem seltenere Form und hing bei der Mehrzahl der Kranken, die er gesehen, mit Alcoholismus, wie er Fälle dieser Art früher beschrieben hat, zusammen.

M. gedenkt vielleicht auf Einzelheiten der acuten Fälle noch zurückzukommen und möchte jetzt nur eine allgemeine Bemerkung machen zu 1c der Sätze des Herrn ersten Berichterstatters. Der Satz betrifft die Betheiligung der Affecte bei diesen Erkrankungen und sagt: „sie spielen nur eine secundäre Rolle". *M.* hat eine abweichende Anschauung hierüber. Es unterliegt ja keinem Zweifel, dass bei der chronischen Paranoia das Auffälligste und den Gang der entwickelten Krankheit Bestimmende in der Vorstellungsthätigkeit uns entgegentritt. Damit ist jedoch noch nicht bewiesen, dass in der That das Empfindungsleben dieser Kranken nun primär in keiner Weise bei der Verminderung betheiligt sei. Ein Zusammenhang zwischen Empfindung und Stimmung und dem Inhalte der Vorstellungen ist doch allgemein anerkannt. Insbesondere wird im normalen Leben die Auffassung der Beziehung der eigenen Persönlichkeit zu anderen vielfach von Gemüthsbetonungen getragen und durch dieselben wesentlich bestimmt. Wie der Begriff unseres Ich sich ursprünglich aus einfachen Empfindungen entwickelt, die offenbar das Kind zum zweckmässigen Verhalten und zur Anpassung gegenüber der Aussenwelt führen, so ist auch später bei Bildung unseres dann so viel complicirteren Ich-Begriffs das Wesentliche die Auffassung der — jetzt mehr inneren — Beziehungen zwischen unserer Person und der Aussenwelt. Diese Vorstellungsthätigkeit aber wird durch Gefühle der Lust oder Unlust, der Zuneigung oder Abstossung getragen, und durch diese Verbindung mit Empfindungen erst erhalten die Gedanken über das, was zwischen unserer Person und Anderen sich abspielt, ihre volle Bedeutung für die Ausbildung der Persönlichkeit. Die Gedankenkreise der Paranoiker bewegen sich bekanntlich vorzugsweise um die eigene Person. Es erscheint nun theoretisch wenig glaublich, dass die krankhafte Verfälschung der Beziehungen zur Aussenwelt so gar nicht beeinflusst sein sollte durch — allgemein gesagt — Empfindungen, es sind hier nicht hypochondrische oder tabische Parästhesien gemeint. Es ist vielmehr nicht abzuweisen, dass bei einer grösseren Anzahl der Fälle von vornherein, in der Misstrauensperiode z. B. noch gar nicht ein im Einzelnen deutlich ausgeprägter Gedanke der Beeinträchtigung besteht. Vielmehr scheint in der Eigenempfindung dieser Personen eine Besonderheit und ein Vorwiegen einer bestimmten Affectbetonung begründet, welches, sobald ein äusserer Anlass zu die eigene Person berührender Gedankenbildung überhaupt führt, diesen Vorstellungen eine krankhafte Richtung verleiht.

Digitized by Google

Mit „empfindlichen" Menschen bezeichnen wir Leute, bei denen die aus einem äusseren Vorgange entstehende Auffassung nicht einem kritisch überlegenden Urtheile, sondern einem durch begleitende Gemüthbewegungen einseitig beeinflussten Gedankengange entspricht.

Wenn man von krankhaftem Subjectivismus, egocentrischem Denken etc. spricht, so liegt doch dabei die Annahme einer Betheiligung der Gefühlsthätigkeit, ein Einfluss der Selbstempfindung vor.

Während diese Anschauung für die chronische Paranoia eine theoretische, mehr nach allgemeinen Erwägungen zu vermuthende ist, kann für die acute hallucinatorische Seelenstörung sog. Verwirrtheit die ursprüngliche Betheiligung auch der Gefühle und Empfindungen in einzelnen Fällen direct nachgewiesen werden.

Man bemerkt bei solchen Kranken oft einige Zeit hindurch eine Beklemmung und unbestimmte innere Unruhe. Sie sind dabei nicht im Stande, irgend eine krankhafte Vorstellung anzugeben, oder auch nur etwas Aehnliches vermuthungsweise auszusprechen, höchstens erklären sie: „es sei anders", manche sagen: „so komisch". Es handelt sich dabei auch nicht etwa um die Vorstellung, krank zu sein, vielmehr liegt eine, aber nicht in bestimmte Vorstellungen umgeprägte Veränderung der Empfindung vor, sie fühlen sich eben anders. Sie sind dabei hastig, ungleichmässig, ruhelos, manchmal förmlich verstört.

Danach erst kommen einzelne sonderbare Sinneseindrücke, die Aussenwelt erscheint ihnen „anders" und zuletzt erst entwickeln sich, meist an gewisse Wahrnehmungen anknüpfend, bestimmte Vorstellungen: „Was ist das, weshalb treibt man das? Es muss etwas bedeuten!" Die Kranken sind weiter meist scheu und unsicher, aber keineswegs ist ihre Stimmung immer gleichmässig verändert. Sie sind bald aufgeräumt, spielerisch, bald ängstlich, abweisend. Ganz gewiss ist an diesem äusseren Verhalten oft der Inhalt der wechselnden Vorstellungen und der Sinnestäuschungen schuld. Aber sowohl im Anfange als auch später noch ist dies nicht immer der Fall, jedenfalls ist es keineswegs immer nachweisbar. Freilich wird man in späterer Zeit nicht mehr so gut Auskunft über die inneren Vorgänge der Kranken erhalten, um in jedem Falle genügend klar zu sehen. Aber in einer Anzahl von Fällen kommen auch im weiteren Verlaufe primär bedingte Stimmungsänderungen vor, die namentlich in den Anknüpfungen, Witzeleien und der Form der Antworten auffallen und doch kaum auf eine secundäre Hebung der Gefühlslage durch den Inhalt krankhafter Vorstellungen zurückzuführen sind. Aehnlich liegt es für die grosse Verstimmtheit, die Weinerlichkeit bei gleichgültigen Fragen und dergleichen. Ich hebe hervor, dass man diese Beobachtungen am häufigsten bei Frauen macht. Von einer melancholischen Verstimmung kann man aber in solchen Fällen ebenso wenig sprechen, als von einer maniakalischen, weil die Stetigkeit des Affects nach der einen oder der anderen Seite oft genug fehlt.

Selbstverständlich schliesse ich die Fälle aus, wo etwa ein depressiver

Digitized by Google

Affect selbst als normale Reaction auf ein trauriges Vorkommniss (Verlust, Entbindung, Sorgen) eintritt und gewissermaassen in die Erkrankung überleitet.

Im Uebrigen hat doch eine Betheiligung der Empfindungssphäre bei diesen Erkrankungen, welche sicherlich einer Vergiftung, oder was vielleicht dasselbe ist — einer Ernährungsstörung, Erschöpfung etc. des ganzen Gehirns — ihre Entstehung verdanken, nichts Auffälliges. Das Organ für unser selisches Leben ist doch nur eins, wir können doch unser Vorstellen und Empfinden weder so verschieden localisiren noch in den gegenseitigen Beziehungen nicht so von einanderreissen, dass wir eine völlig an eine der psychischen Grundfunctionen gebundene Störung aus solchen Aenderungen der Lebensbedingungen zu erwarten hätten. Jedenfalls sind diese Fälle, soweit sie in den Thesen als „Verwirrtheit und Wahnsinn" bezeichnet werden, nicht geeignet, grundsätzlich als ausschliessliche Anomalien des Verstellens aufgefasst zu werden.

5. Herr *Neisser-Leubus:* Angesichts der grossen Divergenz in den zu Tage getretenen Meinungsäusserungen möchte ich mir einige mehr principielle Anmerkungen gestatten. Es scheint mir nicht unwichtig, darauf hinzuweisen, dass das Erfahrungsmaterial, auf welches die einzelnen Herren Redner in dieser Debatte ihre Auslassungen stützten, ein von einander und gleichfalls von den landläufigen Lehrbuchdarstellungen zum grossen Theile abweichendes war, dass fast Jeder es für geboten hielt, Neuschilderungen von Krankheitsbildern zu entwerfen und diese den eigenen Ausführungen zu Grunde zu legen. Ich möchte dies geradezu für charakteristisch für den gegenwärtigen Standpunkt unserer Disciplin halten. Die Psychiatrie befindet sich in einem Stadium der Entwicklung, in welchem die zusammenfassende Darstellung der Lehrbücher den Errungenschaften der gehirnanatomischen, -physiologischen und der psychologischen Forschungen noch nicht zu folgen vermocht hat. Die Literatur und namentlich die Lehrbücher spiegeln nach meiner Ueberzeugung gegenwärtig nicht den wirklichen Stand der vorhandenen Kenntnisse wieder und ich möchte behaupten, dass jeder einzelne wissenschaftliche psychiatrische Arbeiter in Deutschland wesentlich über die schulmässig tradirte Auffassung hinausgewachsen ist. Es fehlt für die Verständigung vor allen Dingen an einem gemeinsamen hinlänglich exact beschriebenen Beobbachtungsmaterial; ich wüsste wenigstens nicht anzugeben, wo in der Literatur eine ausreichende Anzahl von Anfang bis Ende genau beobachteter Fälle niedergelegt wäre. Dies gilt nicht nur in Bezug auf die sogenannte Paranoia, sondern — mit alleiniger Ausnahme vielleicht der progressiven Paralyse — von fast allen Psychosen. An diesem Punkte müssen also die klinischen Vorarbeiten einsetzen, welche eine fruchtbare Discussion ermöglichen sollen. Freilich dienen die Descriptionen nur dann zum wissenschaftlichen Fortschritt, wenn sie symptomatisch diffenzirende sind und nicht

Digitized by Google

vielmehr durch quasi logische Verknüpfung der Einzelzüge ein einheitliches Seelengemälde darzustellen streben. Es ist ja ganz klar, dass wenn das ganze Thun und Lassen, Fühlen und Denken des Patienten möglichst minutiös geschildert wird, dass dann ein anschauliches Bild der gesammten krankhaften Persönlichkeit entstehen kann, in welchem, wenn es geschickt entworfen ist, auch die einzelnen wichtigen, weil primären Symptome kenntlich sein werden. Aber man braucht nur daran zu erinnern, dass das Vollkommenste in dieser Art der Schilderung die Dichter leisten, um zu erweisen, dass das nicht die wünschenswerthe, weil nicht medicinische Description ist. Zur Illustration dessen, was ich meine, möchte ich ein besonders krasses Beispiel anführen, eine Stelle aus *Werner*'s Buch über Paranoia (p. 92), wo es heisst: „derartige Kranke sieht man daher mit hocherhobenem Haupte, eigenthümlichen Gesten, verzücktem Gesichtsausdruck halblaut vor sich hinsprechend, vornehm nach allen Seiten grüssend oder lauschend, Niemand beachtend, in sich versunken, ab und zu überlegen lächelnd umhergehen, und es traten sogar tiefe Bewusstseinsstörungen auf, wobei diese Kranken die Umgebung völlig verkennen, die verkehrtesten Handlungen begehen, sich entkleiden, ja sogar gewaltthätig werden". Aber selbst in den besten Darstellungen laufen solche Passus gelegentlich unter. So schreibt *Mendel* in seiner sonst vorzüglichen Schilderung der Paranoia (*Eulenburg*, Realencyklopädie p. 220), nachdem er vorher von der eigenthümlichen Neigung dieser Kranken zu symbolischer Deutung gesprochen: „Dass die Kranken dementsprechend auch überall bei ihrer Umgebung Aehnlichkeiten finden, nimmt nicht Wunder, sie sehen in den Mitbewohnern der Anstalt frühere Bekannte ..."

Es liegt mir ganz fern, mit diesen einzelnen Anführungen Polemik treiben zu wollen; ich meine aber, dass an Stelle von dieser Art der Description eine lediglich symptomatische treten und dass die Verknüpfung der Erscheinungen im Einzelfalle nicht durch eine vermittelnde Diction, sondern durch den Ausbau einer allgemeinen Pathologie geleistet werden muss.

Auch die Geschichte gerade der Paranoia weist meines Erachtens auf dieses Ziel hin. Herr *Jastrowitz* hat in seinem historischen Excurs, dessen gedankliche Spitze mir im Augenblick nicht recht durchsichtig gewesen ist, auch des *Snell*'schen Aufsatzes gedacht. Ich möchte dabei auf einen bei der vielfachen Citirung desselben wenig beachteten Punkt aufmerksam machen, dass nämlich *Snell* zunächst die Gruppe sehr eng fasst, indem er nur solche Fälle als primären Wahnsinn ursprünglich, soweit ich mich erinnere, zusammengestellt hat, welche Verfolgungswahnideen bei gehobenem Selbstgefühl produciren. In diesem gesteigerten Selbstgefühl erblickte *Snell* den Keim zur späteren eventuellen Bildung von Grössenwahnideen. Dass *Snell* auf das Vorhandensein desselben grosses Gewicht legte, hatte ohne Zweifel in erster Linie darin seinen Grund, dass er seine Aufstellung damals hauptsächlich im Gegensatze zu der verbreiteten

Digitized by Google

Lehre schuf, wonach ein melancholischer Affectzustand die Basis für jede feste Wahnbildung abgeben sollte. In einem späteren Aufsatze hat *Snell* dann weiter mitgetheilt, wieviele von seinen Kranken in Wirklichkeit Grössenideen zur Entwicklung gebracht haben und darauf aufmerksam gemacht, dass in Bezug auf den Zeitpunkt des Auftretens derselben sowie in mancher anderen Hinsicht sich Verschiedenheiten finden. *Snell* hat offenbar die nahe innere Beziehung der Verfolgungs- und Grössenwahnideen schon voll erfasst gehabt, er ist aber diesem allgemein-pathologischen Gesichtspunkte nicht weiter nachgegangen; auch über die Natur des gesammten der Wahnbildung überhaupt zu Grunde liegenden Processes geben seine summarischen Krankengeschichten keinen Aufschluss. Er hat sich damit begnügt, lediglich mit dem Auge des Klinikers in grossen Zügen die Bilder zu entwerfen und hat dabei doch so Werthvolles geleistet, dass, um dies beiläufig zu erwähnen, seine Mittheilung allein schon ausreichendes Material giebt, um z. B. das *Magnan*'sche Schema vom délire chronique als ein künstliches zu erweisen. Nun hat Herr *Jastrowitz* mit Recht weiter erwähnt, dass trotz der voraufgegangenen Arbeiten von *Snell* und *Sander* es *Westphal*'s Hamburger Vortrag erst gewesen ist, welcher die Lehre von der primären Paranoia mit einem Schlage gewissermaassen wie etwas Neues zur Anerkennung brachte. Worauf beruhte diese Wirkung? Gewiss war, wie Herr *Jastrowitz* bemerkt hat, die autoritative Stellung *Westphal*'s hieran nicht unbetheiligt, doch liegt die Ursache wohl tiefer. Dass Wahnideen bei sehr verschieden verlaufenden Psychosen zur Entwicklung kommen, das hatte man immer, auch vor *Westphal* gewusst, und auch, dass die beiden Hauptrichtungen, nach welchen sie sich überhaupt ausbilden, die depressive und die exaltative sind, wenn ich einmal diese wenig guten Bezeichnungen wählen darf. Auch dass bei mannigfachen acuten Psychosen diese Symptome auftreten, war bekannt. Das Speciellpathologische, das Klinische war also keineswegs das wesentlich neue und fruchtbare Moment seiner Ausführungen, vielmehr lag dasselbe in der allgemein-pathologischen Betrachtungsweise, dass nämlich unbeschadet der ausserordentlichen Verschiedenheit des Verlaufs eine Riesenzahl von Fällen zusammengefasst wurden mit der Erklärung, dass das Wesentliche der abnorme Vorgang im Vorstellen sei, dass in der Sphäre der Vorstellungen sich der krankhafte Vorgang abspiele und der allgemeine Inhalt dieser Vorstellungen sich immer gleich bleibe. *Westphal* hat sehr wohl gewusst, dass die Symptomatologie der Einzelfälle damit nichts weniger als erschöpft ist, er hat beispielsweise auf das nicht seltene selbstständige Auftreten von formalen Störungen im Vorstellungsablaufe, die als Verwirrtheit in die Erscheinung treten können, ausdrücklich hingewiesen, was ich darum hervorhebe, weil *Ziehen* kürzlich dies nicht erwähnt hat, als er das Vorkommen von primärer Incohärenz bei Paranoia lehrte. Das Wesentliche, Ausschlaggebende für *Westphal* war also die Betrachtung der Symptome von dem allgemein-pathologischen Gesichtspunkte.

Digitized by Google

Von dem rein klinischen Standpunkte aus wird man zu einer Sonderung und Gruppirung der Krankheiten hauptsächlich dadurch gelangen, dass man diejenigen Fälle, welche sich in den Hauptzügen des ganzen Verlaufs übereinstimmend erweisen, zusammenstellt und man wird auf diese Weise gewisse Paradigmata und bleibend richtige klinische Typen gewinnen, wenn die Krankheitssymptome möglichst einfache, durchsichtige und eindeutige sind. Die Schwierigkeit beginnt dann aber für die lediglich empirisch-klinische Betrachtung angesichts der Ueberfülle von complicirten Uebergangs- und Mischformen. Wenn nun heute Herr *Jolly* gerade auf die Misch- und Uebergangsformen besonderes Gewicht legt und diese zum Studium empfiehlt, so kann dies weniger von dem rein klinischen Gesichtspunkte aus verständlich erscheinen als vielmehr von dem Bestreben, auf diese Weise in die Werthigkeit und gegenseitige Abhängigkeit der einzelnen Symptome, also vom allgemein-pathologischen Gesichtspunkte einen Einblick zu gewinnen. Auch Herr *Cramer* hat in seinem anregenden und instruktiven Referate vorwiegend vom allgemein-pathologischen Gesichtspunkte die Frage angefasst, indem er die den verschiedenen „Paranoia"-Formen zukommenden Symptome als genetisch zusammenhängende zu erweisen gesucht hat.

Es erscheint mir nun dieses In den Vordergrund rücken der allgemein-pathologischen Gesichtspunkte weiterhin sehr charakteristisch für die gegenwärtige Entwicklungsphase der Psychiatrie. Ich möchte glauben, dass unsere Disciplin sich in einem Stadium befindet, in welchem eine zusammenfassende allgemein-pathologische Darstellung durchaus geboten und auch möglich ist. Ich meine, dass es nothwendig ist, ausgehend von dem Bau des Projectionssystems, von der Peripherie zum Centrum fortschreitend, die nervös psychischen Leistungen einzeln beziehungsweise soweit sie zusammengeordnet sind, gruppenweise (Bewusstsein des eigenen Körpers etc.) zu verfolgen, die Störungen der Identification (*Rieger*) darzulegen, den secundären Einfluss einer jeden auf den Associationsmechanismus zu untersuchen, kurz die erfahrungsgemässen Bedingungen in der Aufeinanderfolge der Erscheinungen systematisch zu studiren. Es wird sich bei solcher Betrachtung, um nur einen wichtigen Punkt herauszugreifen, unter anderem ergeben, dass bei den allerverschiedensten Angriffspunkten des Krankheitsprocesses, von den verschiedensten örtlichen Reizen aus Affecte mit den diesen eigenthümlichen Symptomencomplexen als allgemeine Begleit- oder Folgeerscheinungen ausgelöst werden können, und es ist ohne weiteres einleuchtend, dass eine solche Betrachtung auf die Auffassung und Gruppirung der einzelnen Krankheitsbilder eine eingreifende Rückwirkung üben muss[1]).

[1]) Dieser Satz ist in der Discussion nicht vorgetragen worden, sondern stellt einen Zusatz bei der Niederschrift dar, welcher durch Privatgespräche

Digitized by Google

Ich muss mich hier mit dieser kurzen Skizze begnügen und kann dies um so eher thun, da ja unlängst von einem besonders berufenen Forscher „die Grundzüge einer psychiatrischen Symptomenlehre" entwickelt worden sind und wohl zu hoffen steht, dass *Wernicke* es nicht mit seinen knappen Andeutungen bewenden lassen wird. Das was ich besonders darthun wollte, ist, dass die Schwierigkeiten für die Verständigung bei Fragen der klinischen Classificirung nicht in der variirenden Namengebung allein oder gar in dem guten Willen der Autoren, an welchen *Werner* appelliren zu sollen geglaubt hat, sondern in der Natur der gegenwärtigen Entwicklungsphase unserer Wissenschaft selbst begründet sind.

Ich meine also, dass die Vorbedingung zu einer Verständigung in Fragen der speciellen Psychiatrie vorläufig fehlt, dass es dazu neuer, genauer, symptomatisch differenzirender Krankheitsschilderungen einerseits und andererseits des weiteren Ausbaues einer Allgemeinen Psychiatrie durchaus bedarf.

Bei der vorgerückten Zeit bitte ich nur noch eine ganz kurze Bemerkung über das im Wesentlichen bekannte Symptom, welches ich als fehlerhafte Eigenbeziehung bezeichnet habe, machen zu dürfen. Ich freue mich, dass Herr *Cramer* die wichtige Rolle anerkennt, welches derselben bei der paranoischen Wahnbildung zukommt, und auch theoretisch bin ich mit ihm vollkommen einverstanden, wenn er hervorhebt, dass dieses Symptom gewiss eine complicirte Genese hat und insofern nicht als ein primäres Symptom gelten kann. Ich habe dies auch in meiner Abhandlung ausdrücklich selbst betont und zum Beispiel erwähnt, dass u. A. auch heftige Affecte zu einer gesteigerten Eigenbeziehung führen. Ich meine aber auch heute noch, dass die dieses Phänomen auslösenden krankhaften Störungen gerade bei Paranoischen in vielen Fällen zunächst sich der directen Ermittelung entziehen, dass die unmittelbare klinische Beobachtung des Falles wenigstens nicht weiter führt als bis zur Constatirung dieses Symptoms und je mehr ich demselben meine Aufmerksamkeit geschenkt habe, desto mehr bin ich von der Wichtigkeit desselben überzeugt. Auch da, wo das Auftreten der Eigenbeziehung zuerst in normaler Weise psychologisch vermittelt war, indem dieselbe an einen Affect oder an Störungen der Identification oder an bestimmten Wahnideen etc. sich angeschlossen hat, pflegt dieselbe im weiteren Krankheitsverlaufe in der Regel sehr bald die Bedeutung eines selbständigen Sypmtoms zu erlangen und, losgelöst von den ursprünglichen Entstehungsbedingungen als fehlerhafte Function bestehen zu bleiben. Dieses Selbstständigwerden, diese Zergliederung, diese Loslösung einzelner psychischer Mechanismen spielt ja überhaupt bei Psychosen eine grosse, bei weitem

---

angeregt worden ist, wonach die Beziehungen der allgemeinen Ausführungen zu den den Gegenstand der Discussion bildenden klinischen Fragen nicht mit wünschenswerther Deutlichkeit ersichtlich schienen.

Digitized by Google

nicht ausreichend gewürdigte Rolle. Ich erinnere nur daran, wie häufig Expressivbewegungen, mimische, sprachliche und andere, welche ursprünglich im Zusammenhange mit bestimmten Vorstellungen bei Kranken auftraten, später als selbständige Symptome persistiren. — Ich darf Sie jetzt nicht mit Einzelheiten ermüden, aber ich möchte nach wie vor die gesteigerte Eigenbeziehung, namentlich bei fehlendem Affect, als einen werthvollen und zuverlässigen symptomatischen Index dafür bezeichnen, dass ein paranoischer Wahnbildungsprocess im Gange ist. Die Ausführungen des Herrn *Moeli* schienen mir in gewissem Sinne gleichfalls eine Stütze für meine Auffassung abzugeben und auch bei denjenigen Fällen von acuter Erkrankung auf alkoholistischer Basis, welche Herr *Jolly* als systematisirende herausgehoben hat, möchte ich nach meiner in diesem Punkte freilich minimalen Erfahrung glauben, dass man neben den von ihm geschilderten „Wandelbildern" als zunächst hervortretendes objectives Symptom, welches darauf hinweist, dass eine Tendenz zur Systematisirung vorliegt, die krankhafte Eigenbeziehung finden dürfte.

6. Herr *Mendel:* Gegen Herrn *Jastrowitz* möchte ich mir die Bemerkung erlauben, dass die Bezeichnung des Herrn *Caner* „functionelle Psychose" mir völlig gerechtfertigt erscheint. Wir sprechen ja auch von „functionellen Neurosen" und wollen damit nicht sagen, dass ihnen keine anatomische Veränderung zu Grunde liegt, sondern nur, dass unsere Hülfsmittel der Untersuchung im Augenblick nicht ausreichen, um eine anatomische Veränderung nachweisen zu können.

Die Paranoia simplex acuta kommt meiner Erfahrung nach nicht blos bei vorher Schwachsinnigen, sondern auch bei vorher geistig Gesunden vor.

Mit den Ausführungen des Herrn *Jolly* kann ich mich vollständig einverstanden erklären. Wenn er jedoch dem Delirium hallucinatorium nicht eine so günstige Prognose bieten kann wie ich, so liegt dies nur daran, dass ich die von ihm citirten Fälle nicht zum Delirium hallucinatorium rechne, und dabei kommen wir wieder darauf, dass wir uns mit unserer Nomenclatur bisher gegenwärtig oft gar nicht verständigen können.

Fortsetzung der Discussion in der nächsten Sitzung am 16. Juni cr. Schluss. Nach der Sitzung freie Vereinigung bei Siechen, Behrenstr. 24.

M.

Digitized by Google

60. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 26. November 1892.

Anwesend die Herren: *Alter*-Leubus, *Bielschowski*-Breslau, *Buttenberg*-Rybnik, *Cassirer*-Breslau, *Dornblüth*-Freiburg, *Dubbers*-Bunzlau, *Eicke*-Pöpelwitz, *Freund*-, *Gubitz*-, *Hahn*-Breslau, *Hirsch*-, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kemmler*-, *Lasch*-, *Malachowski*-, *Mann*-Breslau, *Neisser*-Leubus, *Petersen*-Brieg, *H. Sachs*-, *R. Sandberg*-, *Scholz*-Breslau, *Schmidt*-Sorau, *Schwahn*-, *E. Stern*-Breslau, *Tornier*-Obernigk, *Walter*-Lissa, *Wernicke*-Breslau.

Als Gäste nahmen Theil die Herren: *Adler*-Breslau, *Elias*-Rybnik, *Jessen*-Bunzlau, *Wallerstein*-Neustadt i. Pr., *William*-Moskau.

Nach Begrüssung der Gäste durch den Vorsitzenden wird der bisherige Vorstand des Vereins, bestehend aus Herrn Medicinalrath Professor Dr. *Wernicke* als Vorsitzenden und dem Unterzeichneten als Secretär durch Acclamation wiedergewählt.

Herr *Wernicke* demonstrirt hierauf 14 Kranke seiner Klinik; die ersten beiden der vorgeführten Fälle als Beispiele für das isolirte Vorkommen von „überwerthigen Ideen". Die übrigen 12 Fälle werden von dem Vortragenden als „Motilitätspsychosen" bezeichnet; die Ausführung der leitenden Gesichtspunkte behält sich der Vortragende für eine spätere Publication vor.

---

61. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 1. März 1893.

Anwesend die Herren: *Cassirer*-Breslau, *Dinter*-Rybnik, *Freund*-, *Gubitz*-, *Hahn*-, *Kemmler*-Breslau, *Kleudgen*-Obernigk, *Mann*-Breslau, *Neisser*-Leubus, *Petersen*-Brieg, *R. Sandberg*-Breslau, *Schmidt*-Sorau, *Scholz*-Neisse, *Schubert*-Leubus, *E. Stern*-, *Wernicke*-Breslau, *Zander*-Rybnik.

Als Gäste nahmen Theil die Herren: *Bonhoeffer*-Breslau, *Bothe*-Tost, *Bresler*-Bunzlau, *Linke*-Obernigk.

Aufgenommen in den Verein werden die Herren: *Adler*-Breslau, *Bonhoeffer*-Breslau, *Bothe*-Tost, *Elias*-Rybnik und *Jessen*-Bunzlau.

1. Herr *H. Sachs*, Demonstration des Gehirns des von Professor *Förster* beschriebenen Rindenblinden. (Arch. f. Ophthalmologie. Bd. 36.) Die Section ergab je einen symmetrisch gelegenen Erweichungsherd im Grunde und der Umgebung des Sulcus collateralis beider Seiten, der auch die Marksubstanz in grosser Ausdehnung bis zum Boden des Seitenventrikels zerstört hatte. Das Gehirn wird nach der Härtung genau untersucht und dann der Befund ausführlich publicirt werden.

Digitized by Google

2. Herr *Wernicke* stellt einen Kranken vor, bei welchem er die Diagnose eines traumatischen Erweichungsherdes in der Gegend des sogen. mittleren Drittels der Centralwindungen in Folge Berstens eines Aneurysmas begründet. (Da sich corticale Epilepsie entwickelte, ist später der Kranke trepanirt und der Herd ausgeräumt worden.)

3. Herr *Neisse*r berichtet über einen Kranken, welcher auf Veranlassung des Gerichts zur Zeit in Leubus zur Beobachtung sich befand, nachdem er durch eine Unzahl erregter Eingaben und querulirendes Verhalten den Verdacht einer Geistesstörung erweckt hatte. Irgend welche Wahnideen, besonders Verfolgungswahnideen liessen sich nicht nachweisen; wohl aber bot der Kranke in ungewöhnlicher Reinheit die psychische Elementarstörung dar, dass bestimmte mit lebhaftem Affect verknüpfte Vorstellungsreihen durch ihre zwangsmässige Reproduction den gesammten Vorstellungsablauf beherrschten und das Individuum unfrei machten, sodass der § 51 des R.-Str.-G. auf den Patienten Anwendung finden konnte. Der Vortragende glaubt, zum Theil im Gegensatz zu *Wernicke*'s Lehre von den „fixen" oder „überwerthigen Ideen", für den Nachweis des krankhaften Zustandes des Explor. Gewicht darauf legen zu müssen, dass Letzterer erblich belastet war, vor kurzem eine schwere Kopfverletzung erlitten hatte und zudem Phthisiker war.

(Der Fall wird im Archiv für Psychiatrie ausführlich publicirt werden.)

Discussion: Herr *Wernicke*, Herr *Schmidt*-Sorau, Herr *Bresler*-Bunzlau und der Vortragende.

---

62. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Sorau am 25. Juni 1893.

Anwesend die Herren: *Bonhoeffer*-Breslau, *Dubbers*-Bunzlau, *Hebold*-Sorau, *Kemmler*-Breslau, *Leppmann*-Moabit, *Möller*-Plagwitz, *Neisser*-Leubus, *Petersen*-Brieg, *Schmidt*-, *Selle*-Sorau, *Wernicke*-Breslau.

Gäste: S.-R. Dr. *Bayer*-Lübben. Dr. *Flatau*-Moskau, S.-R. Dr. *Fränkel*-Sorau, Dr. *Köhler*-Bunzlau, Dr. *Pollitz*-Plagwitz, Dr. *Schulz*-Sorau.

Die Herren *Köhler*-Bunzlau und *Pollitz*-Plagwitz werden in den Verein aufgenommen.

1. Herr *Hebold*, „Ein Beitrag zur Lehre von der Aphasie". (Der Vortrag ist in dieser Zeitschrift, Bd. L. abgedruckt.)

Discussion: Herr *Wernicke* warnt vor zu weitgehender Verwerthung des Gehirnbefundes an Paralytikern bezüglich von Localisationsfragen. Uebrigens bestätigt er nach Prüfung des (makroskopischen) Präparats die Richtigkeit der anatomischen Schilderung des Vortragenden (in Fall I.).

Digitized by Google

2. Herr *Selle*, „Einige Fälle von überwerthigen Ideen".

Wernicke hat in einer in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift vom 23. Juni 1892 veröffentlichten Mittheilung unter dem Titel „Ueber fixe Ideen" sich dahin ausgesprochen, dass es ganz zweifellos Fälle von Querulantenwahn gibt, in welchen es sich um eine ganz umschriebene geistige Erkrankung handelt, um eine fixe Idee im Sinne der alten Autoren.

Er sei selbst früher in dem Vorurtheil befangen gewesen, dass jedesmal entweder ein Schwachsinn oder allgemeiner Verfolgungs- resp. Grössenwahn nachweisbar wäre, sei aber davon zurückgekommen.

Gestatten Sie mir, meine Herren, dass ich Ihnen in Hinblick auf diese Veröffentlichung *Wernicke*'s in gedrängter Kürze die Krankengeschichte einer 60jährigen Bauersfrau mittheile, die in Folge einer heftigen Gemüthsbewegung — durch eine ehrlose That ihres Sohnes war ihr Besitzthum in fremde Hände gekommen — die fixe Idee oder nach *Wernicke* die überwerthige Idee acquirirte, der Verkauf sei ein unrechtmässiger, sei nur ein Scheinkauf gewesen, und die in der Folgezeit, indem sie die Consequenzen ihrer Ueberzeugung zog, fortwährend mit den Gerichten in Conflict gerieth.

1. Fall. Die 60jährige Auszüglerin E. hatte im Jahre 1884 ihr Besitzthum an ihren Sohn verkauft. Der dem Spiel und Trunk ergebene Sohn verkaufte das Besitzthum kurz nach der Uebernahme ohne Vorwissen der Mutter, die sich ein Ausgedinge auf dem Gute vorbehalten hatte, an den Gastwirth K.

Die E. gerieth darüber in heftige Erregung, wollte den Verkauf nicht anerkennen, da er nach ihrer Meinung widerrechtlich und nur ein Schein kauf gewesen sei. Sie erkannte K. nicht als Besitzer an, kam dessen Anordnungen nicht nach, beleidigte ihn auf jede Art und Weise, strengte einen Process gegen K. an, den sie verlor. Sie beruhigte sich bei dem rechtskräftig gewordenen Erkenntniss nicht, sondern erging sich in endlosen Schreibereien an die Gerichte, in denen es sich stets um den nach ihrer Ueberzeugung unrechtmässigen Verkauf ihres Grundstückes handelte.

Da die E. fortfuhr, die Behörden mit Schriftstücken zu belästigen und sich selbst durch Geld- und Freiheitsstrafen davon nicht abbringen liess, wurde vom Amtsgericht zu S. ihre Entmündigung beantragt. Die Königliche Staatsanwaltschaft glaubte jedoch diesem Antrag nicht willfahren zu können, da die E. zwar an Processwahnsinn leide, das Gesetz jedoch solche einseitige Geisteskrankheiten nicht kenne. Es sei unzulässig, einen Menschen partiell bezüglich eines Punktes und nach einer Richtung hin für geisteskrank zu erklären. Werde ein Mensch für geisteskrank erklärt, so umfasse die Erklärung sein ganzes Sein, sie mache ihn unfähig zur Behandlung seiner sämmtlichen Angelegenheiten. Er könne daher nur anheim geben, der E. für ihre Angelegenheit mit K., zu deren Behandlung sie ausser Stande erscheine, einen Pfleger zu bestellen.

Als nun die E., die inzwischen fortwährend mit K. in Unfrieden und

Digitized by Google

Streit gelebt hatte, im Jahre 1889 wegen absichtlicher Brandstiftung — das der E. früher gehörige Grundstück war niedergebrannt — in Untersuchungshaft kam und bei Gelegenheit der gerichtlichen Vernehmungen mit ihr nicht verhandelt werden konnte, da sie immer und immer wieder auf den Process mit K. zu sprechen kam, so wurde sie auf Ersuchen des Gerichts durch 2 ärztliche Sachverständige auf ihren Geisteszustand hin untersucht, für unzurechnungsfähig erklärt, zur weiteren Beobachtung aber der Irrenanstalt zu S. überwiesen. Ich bemerke hier noch, dass der eine der Herren Sachverständigen ausdrücklich hinzufügte, „ihre freie Willensbestimmung sei nur dann ausgeschlossen, wenn sie unter dem Einfluss ihrer fixen Idee stehe".

Die Staatsanwaltschaft und einer der Herren Sachverständigen nahmen also übereinstimmend an, dass die E. nur da, wo es sich um den Process mit K. handele, für unzurechnungsfähig zu erachten sei.

Nach der zur damaligen Zeit noch allgemein herrschenden Anschauung, dass jedesmal zugleich mit einer derartigen überwerthigen Idee entweder ein Schwachsinn oder ein allgemeiner Verfolgungs- resp. Grössenwahn nachweisbar wäre, wurde bei der Begutachtung des Geisteszustandes der E. hauptsächlich Werth darauf gelegt, nachzuweisen, dass die fixe Idee zwar das am meisten in die Augen fallende Symptom, aber eben nur ein Symptom eines allgemein gestörten Seelenlebens sei und dass die E. daher in jeder Beziehung für unzurechnungsfähig zu betrachten sei.

Der Nachweis hierfür war in dem Falle E. nicht schwer zu erbringen, denn abgesehen von dem logischen Verfolgungsdelirium, die Richter hätten geflissentlich gegen sie entschieden, die Zeugen hätten sämmtlich Meineide geschworen, ergaben die Seitens der hiesigen Anstalt veranlassten Erhebungen über das Vorleben der E., dass diese wenig beanlagt, nicht einmal des Schreibens und Rechnens kundig war, von jeher aber eine auffällige Selbstüberschätzung, ein rechthaberisches, zum Streit geneigtes, leicht erregbares Wesen an den Tag gelegt habe, Charaktereigenschaften, die durch die Thatsache, dass die Schwester der E. an epileptischen Krämpfen leidet, noch mehr an Bedeutung gewannen.

Der vorliegende Fall bestätigt demnach die Behauptung *Wernicke*'s „der Querulantenwahn und eine ganze Gruppe von partiellen Geisteskrankheiten beruhen auf dem Vorkommen überwerthiger Ideen in einem intacten oder verhältnissmässig intacten Bewusstsein" nicht.

Hier wenigstens glaubten wir bestimmt nachweisen zu können, dass die überwerthige Idee sich neben einem schon seit Jahren bestehenden krankhaft gesteigerten Selbstbewusstsein auf dem prädisponirten Boden einer allgemeinen reizbaren Schwäche des Centralnervensystems entwickelte.

Es kann nicht bestritten werden, dass sich eine überwerthige Idee unter dem Einfluss eines lebhaften Affectes bei einem sonst intactem Bewusstsein entwickeln kann, wohl aber erheben sich mir begründete Zweifel, ob in diesem Falle die überwerthigen Ideen auf die Dauer der Zeit corri-

Digitized by Google

girenden Vorstellungen gegenüber den Wellengipfel der psycho-physischen Bewegungen inne behalten werden.

Jedenfalls können sich überwerthige Ideen, bei denen gleichwerthige corrigirende Vorstellungen oder Wahrnehmungen ohne weiteres ausgeschlossen sind, immer nur auf dem Boden eines bereits geschwächten Gehirns entwickeln.

Gestatten Sie, meine Herren, dass ich Ihnen zur Begründung dieser Ansicht noch die folgenden kurzen Krankengeschichten mittheile.

2. Fall. Der 58jährige Töpfer D., der die Feldzüge von 1864, 66 und 70/71 mitgemacht, 1865 einen schweren Typhus überstanden hat, lag 1870 etwa 14 Tage wegen Rheumatismus im Lazareth. Seit dem Feldzug klagte er über Schmerzen in Armen und Beinen. Da er angeblich dadurch an der Ausübung seines Handwerks verhindert wurde, erhob er Ansprüche auf Invalidenunterstützung. Nach wiederholten ärztlichen Untersuchungen wurden seine Ansprüche als unbegründet abgewiesen. D. belästigte nun fortgesetzt die Behörden durch Schreibereien und Eingaben. Er wurde 5 Mal wegen Eindringens ins Kriegsministerium zu Berlin wegen Hausfriedensbruch bestraft. Zuletzt glaubte er, Feinde hintertrieben es, dass er keine Unterstützung bekomme, stiess Majestätsbeleidigungen aus und wurde schliesslich der hiesigen Anstalt überwiesen. Hier arbeitet er fleissig, hält jedoch an der Rechtmässigkeit seiner Ansprüche fest, erklärt, dass, wenn Sr. Majestät sich gegenüber den Beleidigungen, die er in den an Sr. Majestät gerichteten Schriftstücken ausgestossen habe, nicht rechtfertige, er seine Schriftstücke an alle Strassenecken ankleben werde.

3. Fall. Der 42jährige Schiffer L., erblich nicht belastet, aquirirte 1890 einen Tripper und wurde 3 Wochen in einem Krankenhaus behandelt. Er wird schwermüthig, hält sich für den schlechtesten Menschen, macht Selbstmordversuche und wird nach der hiesigen Anstalt gebracht. Hier war er beständig in gedrückter, verzweifelter Stimmung und hatte Gesichts- und Gehörstäuschungen. Allmälig trat Besserung ein. Er nimmt an den Vergnügungen der Kranken Theil und arbeitet fleissig. Nach Hause will er nicht, da er unheilbar geschlechtskrank sei. An dieser überwerthigen Idee hält er fest; er wird erregt, wenn man ihm sagt, es sei ärztlicherseits kein Zeichen einer Geschlechtskrankheit mehr zu constatiren. Er empfängt die Besuche seiner Angehörigen, die ihn inständig bitten nach Hause zu kommen und bleibt dabei, dass er unheilbar geschlechtskrank sei und dass er zu den Seinigen nicht mehr zurückkehren könne. Abgesehen von ab und zu auftretenden leichten Verstimmungen ist er fleissig, heiter und zufrieden.

4. Fall. Ein 58jähriges Fräulein, erblich schwer belastet, war von Jugend auf heftig, eigensinnig, schwächlich von Körper. Sie entwickelte sich geistig sehr langsam. Schon als junges Mädchen war sie öfter verliebt und zu religiöser Schwärmerei geneigt. Sie verlor ihr Vermögen und war darüber tief verstimmt. Es entwickelte sich bei ihr die überwerthige Idee, ein Herr v. N. liebe sie und wolle sie heirathen. Trotz aller Gegen-

Digitized by Google

vorstellungen und obgleich dieser Herr ihr kurz und bündig zu verstehen gab, dass er durchaus nie die Absicht gehabt habe sie zu heirathen, blieb sie bei ihrer Meinung. Böse Menschen, ihre Verwandten, glaubte sie, hintertreiben die Heirath. Sie belästigte die Behörden und ihre Umgebung, indem sie fortwährend Schutz vor ihren Verfolgern verlangte. Sie musste schliesslich nach der hiesigen Anstalt gebracht werden, wo sie an der überwerthigen Idee ihrer baldigen Verheirathung festhält und sich bitter beklagt, dass die Aerzte mit ihren Verwandten unter einer Decke stecken.

Discussion: Herr *Neisser* weist darauf hin, dass er in der vorigen Sitzung, in welcher der Vortragende nicht anwesend gewesen und über welche ein Bericht noch nicht erschienen sei, in mancher Beziehung ähnliche Gesichtspunkte zur Sache entwickelt habe. Er habe einen Fall mitgetheilt, in welchem das psychische Elementarsymptom, dass gewisse Vorstellungsreihen im *Wernicke*'schen Sinne überwerthig geworden waren, sehr rein in die Erscheinung getreten war. Um aber einen solchen Zustand als krankhaften nachzuweisen, müsse durchaus gefordert werden, dass die ganze Constitution des Individuums in Betracht gezogen werde. Auch der geistesgesunde religiöse oder politische Fanatiker, auch der Gelehrte, welcher sein Leben an die Lösung eines wissenschaftlichen Problems hängt, folgen „überwerthigen Ideen", ja die gesammte Erziehung gipfle in dem Bestreben, bestimmten Vorstellungsreihen in dem Associationsspiele das Uebergewicht zu schaffen. In dem betreffenden Falle bestand hochgradige Arteriosklerose, vorzeitige Abnahme des Gedächtnisses und als prädisponirende Momente kamen ausser einem phthisischen Lungenleiden erbliche Belastung und ein unlängst überstandenes schweres Trauma in Betracht.

3. Herr *Neisser*, „Kurze Mittheilung über vorausgegangene Psychosen bei Paralytikern".

Der Vortr. macht darauf aufmerksam, dass nicht so selten auch solche Individuen eine progressive Paralyse acquiriren, welche früher schon anderweitig psychisch krank gewesen waren. Die Vorkrankheiten lagen in den herangezogenen Fällen z. Th. sehr lange Zeit, in einem Falle um 32 Jahre, zurück. Unter den letzten 100 aufgenommenen Paralytikern fanden sich 5 Mal entsprechende anamnestische Angaben. Unter Umständen könne es für die Diagnosestellung von Wichtigkeit sein, zu wissen, dass nicht ganz wenige Paralytiker solche Antecedentien haben.

Durch irgend welche symptomatische Besonderheiten haben sich die in Rede stehenden Fälle nicht ausgezeichnet; doch scheint erbliche Belastung vielleicht von Einfluss zu sein, worauf weiterhin zu achten sein dürfte.

(Ausführlichere Publication wird in der Berliner klin. Wochenschrift erfolgen.)

Digitized by Google

Discussion: Herr *Leppmann* weist darauf hin, dass das Voraufgehen einer Melancholie vor einer progressiven Paralyse ein nicht seltenes Vorkommniss darstelle, sodass man geradezu von prämonitorischer Melancholie gesprochen habe. Doch sei der freie Zwischenraum dann nicht ein so langer wie in den von dem Vortragenden mitgetheilten Fällen. Im Anschluss daran wolle er daran erinnern, dass die älteren Aerzte viel von einem späteren Hinzutreten einer progressiven Paralyse zu einer einfachen Psychose bezw. von einem Uebergange einer solchen in terminale Paralyse gesprochen haben. Es verlohne sich, dieser Frage, welche in der neueren Literatur kaum berücksichtigt worden sei, eine erneute Beachtung zu widmen.

Herr *Wernicke*: Im Allgemeinen wird man, wie ich glaube, die anatomischen Vorgänge, die im Gehirn stattfinden, bei den übrigen Psychosen und der progressiven Paralyse als identisch ansehen müssen und die Verschiedenheit des Verlaufs, welche besteht, kann nach meiner Ueberzeugung nur in der Aetiologie gesucht werden. Es kann bei der progressiven Paralyse nur um eine Schädlichkeit sich handeln, welche sich selbst neu erzeugt, sowie wir dies bei der Syphilis kennen. Nach einer gewissen Latenz wird das Gift wieder neu producirt. Die Nothwendigkeit, eine solche Annahme zu machen, liegt, wie ich glaube, bei jeder unheilbar-progressiven Erkrankung vor. Dabei liegt es auf der Hand, dass das, was erkranken kann, nur Nervenfäden und Ganglienzellen sind und die Art der Erkrankung kann wohl nur einem Process analog sein, wie er etwa bei der multiplen degenerativen Neuritis im peripheren Nervensystem sich abspielt. Es giebt gutartige und bösartige Formen auch bei der Neuritis; die eine wird heilen, die andere wird fortwuchern. Das ist der Standpunkt, den man, wie ich glaube, ganz principiell zu der Frage einnehmen muss, und daraus würde hervorgehen, dass aus einer gewöhnlichen Geisteskrankheit auch einmal eine progressive Paralyse sich entwickeln kann, wenn gewisse ätiologische Momente anfangen sich geltend zu machen. Ich glaube auch, dass die klinische Beobachtung nicht so selten das Hinzutreten der Paralyse lehrt. Mir ist zum Beispiel eine Kranke erinnerlich, welche seit Jahren an einer hallucinatorischen Psychose litt: sie werde durch Spiegel beobachtet, sie hatte sich eine eigene Sprache gebildet u. s. w. Ich hatte sie schon öfter als Beispiel eines solchen chronischen Zustandes vorgestellt und eines schönen Tages zeigte sie die deutlichen Symptome der Paralyse. Andererseits giebt es Fälle von progressiver Paralyse, welche sich dadurch den anderen Geisteskrankheiten annähern, dass selbst das Hauptmerkmal des perniciösen Verlaufs ihnen abgeht. Mir sind solche ausgeprägte Fälle wilder charakteristischer paralytischer Manie erinnerlich, welche in Heilung übergegangen und jetzt 8 bezw. 10 Jahre gesund geblieben sind.

4. Herr *Wernicke:* Da die Frage heute angeregt worden ist, möchte ich einige wenige Worte über überwerthige und unterwerthige Ideen sagen.

Digitized by Google

Es giebt Fälle, in welchen ein Elementarsymptom die ganze Geisteskrankheit ausmacht; es giebt ohne Zweifel Fälle, in denen die ganze Geisteskrankheit in nichts anderem als in Angst besteht, andere in denen sie nur in Hallucinationen besteht, in anderen wieder in Unglücksgefühl, wieder andere in denen die ganze Krankheit sich fast erschöpft in Ideenflucht; es giebt also Fälle, in welchen ein Elementarsymptom das ganze Krankheitsbild beherrscht. Abgesehen davon und viel häufiger kommen natürlich Combinationen von Elementarsymptomen zur Erscheinung. So ist es z. B. etwas ganz gewöhnliches, dass man überwerthige Ideen findet bei der Melancholie; diese ist eine Krankheit, welche beinahe das Kennzeichen hat, dass sie irgend welche überwerthige Ideen zu Tage fördert. Eine ähnliche Rolle spielt nach meiner Meinung ein entgegengesetzter Zustand, nämlich eine gewisse Unterwerthigkeit der Ideen bei der Manie. Unter Unterwerthigkeit verstehe ich hier eine Nivellirung der Ideen nach der Richtung, dass Charaktereigenschaften, die sich durch die Erziehung herausgebildet haben und die als normale überwerthige Ideen definirt werden könnten, ihre dominirende Stellung einbüssen, z. B. die Decenz, die Ehrlichkeit, die Anständigkeit u. s. w., etwas was man alle Tage bei Maniacis zu beobachten Gelegenheit hat. Ich glaube mich auf diese Andeutungen hier beschränken zu können.

5. Herr *Schmidt*, Einige Bemerkungen über die Sorauer Anstalt.

Wenn ich Sie nach Beendigung der Vorträge einlade, die Anstalt zu besichtigen, so muss ich vor allem um Ihre Nachsicht in der Beurtheilung des zu Bietenden bitten. Sorau ist eine alte Anstalt. Den Stamm derselben bildet das in der Mitte des vorigen Jahrhunderts vom Grafen v. Promnitz zur Beherbergung seiner Cavaliere errichtete sogenannte Tummelhaus, welches im Jahre 1812 zum Armenversorgungs- und Arbeitshause sowie zur Aufnahme Geisteskranker bestimmt wurde. 1815 wurden dann alle nicht an Geistesstörung Leidenden entfernt. — In dem alten dreistöckigen, im Spätrenaissance-Styl erbauten, schlossartigen Gebäude waren zunächst Männer und Frauen zusammen untergebracht. 1835 wurde ein Neubau aufgeführt, in dessen unterem Stock Wirthschaftsräume vorgesehen, im oberen kranke Frauen und Männer untergebracht wurden. 1851 wurde ein sogenanntes Tobhaus gebaut, welches jetzt bedeutend vergrössert und verändert ist; 1864 das grosse Männerhaus errichtet und dann erst die Trennung der Geschlechter in verschiedenen Gebäuden durchgeführt. Als ich im Jahre 1881 die Direction der Anstalt übernahm, existirten nur die soeben angeführten Gebäude. Schon damals war die Anstalt sehr überfüllt, und mussten deshalb Neubauten in Aussicht genommen werden. — Da aber die Anstalt Sorau mit der Zeit wenig fortgeschritten war, und da namentlich eine noch sehr ausgedehnte Zwangsbehandlung bestand, so war die Aufgabe gestellt, die mehr oder weniger den Charakter der Detentions-

Digitized by Google

anstalt darbietende Anstalt in ein den modernen psychiatrischen Anschauungen entsprechendes Krankenhaus zu verwandeln und auch die vorzunehmenden Neubauten diesen Zwecken anzupassen. — Nachdem die Zwangsjacken binnen 2 Tagen entfernt waren, kam es noch darauf an, die vielen auf Zwangsstühlen befestigten unreinlichen Kranken (das Modell eines solchen Zwangsstuhles haben wir noch aufbewahrt) von ihren Zwangssitzen zu befreien und ihnen die Wohlthat eines Bettes und einer continuirlichen Abwartung zu gewähren; es mussten zu diesem Zwecke grosse gut ventilirbare Schlafräume geschaffen werden, welche dann auch in dem gänzlich umgebauten sogenannten Frauentobhause, jetzigen IV. Frauenhause sowie in dem Männerhause beschafft wurden. Die sonstigen hierher bezüglichen Einrichtungen zur Pflege der Unreinlichen werde ich mir gestatten, bei dem Durchgange durch die Anstalt zu zeigen. Unsere unreinlichen und mit schmutzigen Gewohnheiten behafteten Kranken stehen unter fortwährender Aufsicht bei Tag und Nacht — wir haben eine mit Controluhr wachende Nachtwache, welche die Unreinlichen in der Nacht zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse zu wecken und diejenigen, welche zum Durchliegen neigen, zu wenden hat. Sehr ausgedehnt ist bei uns die Bettbehandlung — von den Frauen wird zur Zeit $^1/_7$, von den Männern $^1/_5$ im Bette behandelt, und zwar wegen Erregung 18 Frauen 36 Männer, ferner wegen melancholischer Zustände 5 Männer 6 Frauen, wegen Lähmung und Schwäche 6 Männer 22 Frauen, wegen Unreinlichkeit 8 Frauen, wegen unsauberer Gewohnheiten und zerstörungssüchtigen Handlungen 2 Frauen 9 Männer. Bemerken möchte ich noch, dass Hyoscin, diese Zwangsjacke der Neuzeit nicht mehr angewandt und von den Beruhigungsmitteln nur sehr eingeschränkter Gebrauch gemacht wird — auf der Männerabtheilung werden nur ganz vereinzelt Narcotica gegeben. Einen sehr ausgiebigen Gebrauch von der Bettbehandlung machen wir auch bei unseren reizbaren Epileptikern, welche sehr gut im Bette zu halten sind und durch dieses Regime entschieden viel ruhiger und traitabler werden. Bei den Männern wird fast gar nicht mehr am Tage isolirt — mehr bei den Frauen, welche sich weit schwerer in die Bettbehandlung fügen. Entsteht bei letzterer ein Kampf mit dem Wartpersonal, so sehen wir von der Bettbehandlung ab. Nachts wird auch bei den Männern viel isolirt, um Störungen der Nachtruhe zu vermeiden. Isolirzellen werden demnach durch die Bettbehandlung nicht erspart. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass manche Kranke durch die continuirliche Bettruhe sehr anämisch werden, manche auch sexuell mehr erregt — wir lassen sie bei solchen Beobachtungen aufstehen, überhaupt werden die meisten unserer Bettkranken im Sommer mehrere Stunden aufgelassen und an die Luft geführt. Ich kann die Bettbehandlung nur sehr empfehlen — die Indicationen für dieselben kann ich aber wohl hier als allgemein bekannt und feststehend übergehen.

Was nun die weiteren baulichen Veränderungen der Anstalt betrifft, so sind, dem Bedürfniss entsprechend, reichlich Isolirzellen angelegt, deren

Digitized by Google

Einrichtung ich Ihnen zeigen werde. — Wir besitzen auf der Männerseite bei einer Krankenzahl von 296 — 17, auf der Frauenseite bei einer Krankenzahl von 286 — 34 Isolirräume. — An den Umbau des Frauentobhauses schloss sich im Jahre 1892 ein für 100 Kranke bestimmter Neubau, welcher seit 1. Februar d. J. belegt ist. In diesem Neubau sind die Aufnahmestation — eine Station für Unreinliche, Bettlägrige, sowie unruhige und epileptische Kranke untergebracht. — Auf der Männerseite sind weniger Bauten vorgenommen. Im Jahre 1881 wurde das Gaebler'sche Gut, welches unmittelbar an die Anstalt grenzt, mit einem Areal von etwa 250 Morgen erworben, grossen Stallungen für 6 Pferde, — 6 Ochsen — 34 Kühen und 14 Schweinen. Das alte Directorialhaus wurde zu einer Villa für 40 mit Landarbeit beschäftigte männliche Kranke 1886 umgebaut, 20 Männer wurden auf dem Gute selbst untergebracht. — Auch für die freie Verpflegungsform der Frauen wurde insofern Sorge getragen, als das frühere Beamtenhaus in eine Villa für 20 ruhige Kranke umgewandelt wurde. — Die Beamten siedelten damals in das neugebaute Verwaltungsgebäude über.

Auf der Frauenseite sind nun meine bescheidenen Wünsche erfüllt — während bei den Männern der Mangel einer besonderen Abtheilung für Unruhige sich namentlich Nachts in der unangenehmsten und störendsten Weise fühlbar macht.

Die Frauenabtheilung besteht aus einer behaglichen Abtheilung für Pensionäre I. und II. Klasse und für ruhige Kranke III. und IV. Klasse in dem alten Promnitz'schen Bau, dem Lazareth, welches ebenfalls dort sich befindet — der Villa für in Einzelzimmern wohnende Damen und ruhige, in der Wirthschaft beschäftigte Frauen, dem 1836 erbauten, jetzt theilweise umgebauten III. Frauenhause, welches in Zukunft als Siechenhaus, d. h. für Gelähmte und Hinfällige werden wird, dem IV. und V. Frauenhause, woselbst sich die „Beruhigungsstation", die Isolirräume und die Räume für die Bettbehandlung befinden. —

Denjenigen Herren, welche die Anstalt seit etwa 10 Jahren nicht gesehen haben, wird sich der doch erhebliche Fortschritt, welchen die Entwickelung der Anstalt, Dank der billigen Wünschen stets bereitwilligst entgegenkommenden vorgesetzten Behörde aufzuweisen hat, wohl bemerkbar machen, aber auch für diejenigen Herren Collegen, welche zum ersten Male die Anstalt besuchen, wird die Besichtigung derselben vielleicht von Interesse sein, da in den einzelnen Baulichkeiten sich die Geschichte der Psychiatrie unseres Jahrhunderts deutlich verfolgen lässt.

Aus dem alten Promnitz'schen Schlosse wurde zunächst eine Armen-, Arbeits- und Irrendetentionsanstalt, dann eine Irrenanstalt — daran schloss sich 1836 ein durch die Ueberfüllung nothwendig gewordener Neubau, dessen nicht umgebauter noch den Licht- und Luftzutritt hindernden, berüchtigten engen mittleren Corridor alten Styls und die hygienisch ebenso fehlerhaften engen Zellen zeigt, in welchen meistens unreinliche Kranke auf ihren Zwangsstühlen befestigt, untergebracht waren. Ganz ähnlich

Digitized by Google

war das 1854 erbaute Frauentobhaus beschaffen, von welchem bei dem Umbau nur noch die Fundamente erhalten blieben.

Den Kasernenstyl repräsentirt das nach den Angaben des Geheimrath *Esse* 1864 erbaute Männerhaus.

Dem Villen- und Pavillonsystem entsprechen das der freieren Behandlungs- und Verpflegungsform dienende frühere Haus des Gutsbesitzers Gaebler, das einstmalige Directorial- und das Beamtenhaus, welche sich in keiner Weise von einfachen Wohnhäusern unterscheiden, sowie das sogenannte V. Frauenhaus, welches, nach dem Muster eines der Pavillons der Landsberger Anstalt gebaut, ich Ihnen als den Glanzpunkt der Anstalt zuletzt zeigen werde.

Nach der wissenschaftlichen Sitzung wurde der neuerbaute Theil der Anstalt besichtigt und danach in dem Festsaal der Anstalt das Mittagsessen eingenommen, wobei eine aus Kranken gebildete Kapelle die Tischmusik lieferte. Dr. *Neisser.*

---

25. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe am 11. und 12. November 1893.

Anwesend sind die Herren: *Acker*-Mosbach, *Arnsperger*-Karlsruhe, *Aschaffenburg*-Heidelberg, *Barbo*-Pforzheim, *Beyer*-Strassburg, *Blas*-Pforzheim, *Böttticher*-Kennenburg, *Brauer*-Heidelberg, *Dehio*-Riga, *Dittmar*-Saargemünd, *Fischer*-Emmendingen, *Fürer*-Heidelberg, *Friedmann*-Mannheim, *Glatz*-Pforzheim, *Habermaas*-Stetten, *Hecker*-Wiesbaden, *Horstmann*-Illenau, *Karrer*-Klingenmünster, *Kirn*-Freiburg, *Kraepelin*-Heidelberg, *Kreuser*-Winnenthal, *Landerer*-Illenau, *Nissl*-Frankfurt, *Rehm*-Neufriedheim, *Ribstein*-Bruchsal, *Schoenthal*-Heidelberg, *Schüle*-Illenau, *Sioli*-Frankfurt, *Smith*-Marbach, *Sommer*-Würzburg, *Vorster*-Stephansfeld, *Wildermuth*-Stuttgart.

Ferner als Gäste die Herren: *Dedichen*-Christiania, *Gutmann*-, *Hoffmann*-, *Kaiser*-Karlsruhe, *Marcus*-Batavia, *Schenk*-Ettlingen, *Schenk*-Rastatt, *Seeligmann*-Karlsruhe, *Wentz*-Königsfeld, *Wilser*-, *Wunderlich*-Karlsruhe.

Die Versammmlung haben begrüsst und ihr Ausbleiben entschuldigt die Herren: *Emminghaus*-Freiburg, *Fürstner*-Strassburg, *Laehr*-Zehlendorf, *Ludwig*-Heppenheim, *Rieger*-Würzburg, *Wittich*-Heppenheim.

Geschäftsführer die Herren: Geh. Rath *Schüle*-Illenau und Medicinalrath *Wittich*-Heppenheim.

1. Sitzung am 11. November Nachmittags 3 Uhr.

Der erste Geschäftsführer, Geh. Rath *Schüle*, eröffnet die Versammlung mit der Begrüssung der Anwesenden. Aus Anlass der 25. Zusammenkunft des Vereins giebt er einen historischen Ueberblick über das seit dem Bestehen des Vereins Geleistete in folgenden Worten:

Digitized by Google

Die heurige Versammlung trägt das Silberreis des 25jährigen Bestehens unseres Vereins. Sie ist „Jubiläumsversammlung". Wir sind befugt, heute Umschau zu halten über die durchlaufene Strecke, um uns Rechenschaft zu geben über die Gegenwart. Dazu frommt vor Allem ein kurzer historischer Rückblick über Gang und Schicksale dieser südwestdeutschen psychiatrischen Versammlung. Drei von uns haben sie von ihrem Entstehen an begleiten dürfen: es ist College *Ludwig*, *Kirn* und ich; möge es mir, als einem der heutigen Geschäftsführer, gestattet sein, Ihnen an der Hand des eigens Erlebten die Geschichte unseres Vereins kurz vorzuführen.

Es war am 26. März 1867, als unsere erste Sitzung hier in Karlsruhe, im kleinen Saale des Museums abgehalten wurde. Sie war von *Roller* organisirt worden und glänzend besucht, namentlich auch von vielen Karlsruher Collegen und dazu von einem badischen und einem württembergischen Ministerialbeamten: dem jetzigen Geh. Rath und Minist.-Director Frey, dem damaligen und seitherigen Anstaltsreferenten, der erst in den letzten Tagen nach 28jährigem hochverdienten Wirken in die Ruhe trat, und von Regierungsrath v. Schönlein aus Stuttgart. Von Fachcollegen waren anwesend: *Brosius* aus Coblenz, *Gräser* von Eichberg, *Hoffmann* aus Frankfurt, *Ludwig* von Heppenheim, *Dick* und *Löchner* aus Klingenmünster, *Fischer* sen. mit *Otto*, *Brenzinger* und *Müller* aus Pforzheim, *Zeller* sen. von Winnenthal, *Rühle* aus Canstatt, *Roller*, *Reich*, *Krafft-Ebing*, *Kirn* und *Schüle* aus Illenau, *Brenner* aus Basel. Die Versammlungsthemata waren: das Delir. acut., dessen Referat ich zu übernehmen die Ehre hatte, und Tags darauf: Thesen über Irrenfürsorge von *Roller*. Ein belebtes heiteres Mahl im Gasthof zum Erbprinzen, gewürzt durch eine Fülle von Trinksprüchen, worunter *Brenner* in gehobenster Stimmung der eigenartigen und solidarischen Vereinigung der psychischen Aerzte das Wort widmete: „Wir Psychiater sind die Freimaurer unter den Aerzten" — schloss den ersten Abend. Die Versammlung erhielt eine besondere Bedeutung auch für unsern Allg. deutschen psych. Verein dadurch, dass in einer Zwischenpause am ersten Tage sämmtliche anwesende Collegen sich zur Fahne unserer Allg. Zeitschr. f. Psych. bekannten, und dies dem Chefredacteur *Laehr* in einem Telegramme mittheilten. „Wie ein Sonnenschein kam dieser Gruss", waren dessen Erwiderungsworte, die für die heutige Generation von Collegen kaum mehr verständlich sind, damals aber die grosse Bedeutung hatten, dass eine Reihe angesehener älterer Collegen mit strebsamen jüngeren erklärten, das Banner des altehrwürdigen psych. Journals hochzuhalten, neben der von *Griesinger* damals unternommenen Neugründung einer Fachzeitschrift. So friedlich und seine z. Th. gemeinsamen z. Th. getrennten d. h. durch die Neurologie erweiterten Ziele fördernd, wie das blaue neben dem grünen Heft heute einhergeht, war sein Geburtstag nicht gewesen. Vielmehr unter theilweise scharfen Fehden und Bekämpfungen, unter Aufrührung tieferer (und, wie wir heute urtheilen, vielfach künstlicher) Gegensätze zwischen sog. klinischer und Anstaltspsychiatrie war das junge blaue Archiv

Digitized by Google

neben der ältern grünen Zeitschrift ins Leben getreten — Kämpfe, die zum Glück nur den Mitstreitern aus jener Epoche noch in Erinnerung stehen. Damals aber schien es, als ob ein Kampf ums Dasein zwischen zwei feindlichen Brüdern die literarischen Veröffentlichungen sowohl, als auch die Stellung der Collegen unter einander bedrängen wollte. Jetzt ist die Streitaxt längst begraben, und ein gemeinsames Zielstreben, wenn auch theilweise von verschiedenen Wegen aus, hat die Berufscollegen wieder vereinigt. Unsere eigene Versammlung ist ein Beispiel dafür. Aber nicht allein nur Beispiel: so lange, als die Gegensätze im „Entzwei und Gebiete!" draussen noch tobten und sich schärften, war sie ein Vorbild geworden zum bessern Hort des „Verein' und leite!". Und so darf auch das blaue Heft heute unserer südwestdeutschen Vereinigung die Anerkennung nicht versagen, welche ihr das grüne in doppelt dankbarer Erinnerung an die speciell ihm bewährte Treue schuldet.

Ich fahre in meiner historischen Skizze fort.

Die nächste Versammlung war im Frühjahr 1869 in Heidelberg. Zu dieser war zu unserer aller Freude auch der wackere *Cramer*, damals noch in Solothurn, gekommen — der ideal begeisterte eminente Praktiker und herrliche Mensch — Er, einer der ersten Apostel in der Durchführung des No-restraint. Heute, wo er uns und zumeist seinen verehrenden Freunden und unserem Berufsgebiet — viel zu früh — entrissen ist, ziemt es dieser für Alle unvergesslichen Begegnung zu gedenken. Auch der humorvolle, gemüthliche *Graeser* weilte damals, er zum letzten Male, in unserer Mitte. Wir verhandelten über anatomische, klinische, statistische Themata. — Noch im Herbst desselben Jahres sollten wir uns wiedersehen, so gross war der Eifer der jungen Vereinigung und der freundschaftlich warme Drang ihrer Mitglieder. Wir tagten damals in Stuttgart in glänzender, sehr zahlreicher Versammlung; der würdige *Zeller* hatte sie inaugurirt. Die Folie raisonnante und die verminderte Zurechnungsfähigkeit standen auf der Tagesordnung. Keiner der Theilnehmer wird nach den interessanten zwei Sitzungen den Ausflug nach der Wilhelma, deren märchenhafte Prunksäle der Versammlung geöffnet waren, vergessen. Leider wurde auch sie zum Abschied von einem theuren Collegen, der damals unsre Versammlung zum ersten Male aus weiterer Ferne besucht hatte, sich ihr freudig anschloss und nicht mehr wiederkommen sollte: *von Solbrig* aus München.

Das nächste Jahr (1870) findet uns im Frühjahr in Baden-Baden. Wir beschäftigen uns mit Aufnahmebedingungen in die Irrenanstalten, mit Thesen aus der gerichtlichen Medicin, und mit Erfahrungen über die Wirkungsweise der Narcotica. Die horrentia Martis arma lassen für den Rest des Jahres keine zweite Versammlung mehr zu. Sowie aber der Krieg vorüber und Friede über unsere deutschen Gauen wiedergekehrt ist, finden wir uns wieder zusammen 1871 in Karlsruhe. Wir verhandeln über die Beziehungen der Psychiatrie zu andern medicinischen Gebieten, über

Digitized by Google

Hilfsvereine für Entlassene, über Hirnsyphilis und Dementia paralytica, über subcutane Einspritzungen von Digitalin.

1872 wird auf Wunsch und Einladung *Pelman*'s, der mittlerweile die Leitung von Stephansfeld übernommen, die Versammlung in Strassburg abgehalten. Hier war auch der talentvolle *Samt* das letzte Mal mit uns zusammen, ehe er, ein Opfer seines beruflichen Eifers, unserer Wissenschaft entrissen wurde.

1873 tagen wir in Heidelberg, und beschäftigen uns mit den geisteskranken Sträflingen und mit der Behandlung der Epilepsie. Im Jahre 1874 vollzieht sich ein bedeutsamer geschichtlicher Wendepunkt. Unsere Versammlung tagte unter ungemein zahlreicher Betheiligung im Mai in den gastlichen Räumen Heppenheims. Die damalige Zusammenkunft war besonders glänzend geworden durch die namhafte Betheiligung von akademischen Lehrern, speciell den klinischen Vertretern und Neurologen von Heidelberg und dem Physiologen *Eckhard* aus Giessen, die gerne dem Rufe *Ludwig*'s gefolgt waren. Im Hinblick auf den durch diese erweiterte Betheiligung erzielten Gewinn in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht stellte *Ludwig* im Verein mit seinen damaligen Heppenheimer Collegen den Antrag, die bisherige „süddeutsche psychiatrische Vereinigung" in eine Versammlung „süddeutscher Neurologen und Irrenärzte" umzuwandeln, mit möglichst ausgedehnter Betheiligung der akademischen Lehrer der süddeutschen Hochschulen — um damit die Bestrebungen der Versammlung auch auf das Gebiet der Neuropathologie auszudehnen. Dieser Antrag wurde auf der nächstjährigen Versammlung, 1875, wiederum in Heppenheim, berathen und im Princip angenommen, ebenso aber auch die Beibehaltung einer jeweiligen Zusammenkunft im Herbst, und zwar diese für die psychiatrischen Collegen allein, zur Verhandlung specifisch irrenärztlicher Fragen. Im Mai 1886 tagte dann zum ersten Mal die Wanderversammlung der südwestdeutschen (statt „süddeutschen") Neurolgen und Irrenärzte in Baden-Baden, wohin die jährliche Zusammenkunft, ein für alle Mal, verlegt worden war, unter der Geschäftsführung von *Ludwig* und mir. Damals hatten wir die Freude, zum einzigen und letzten Mal den hochverdienten Anatomen *Ecker* unter zu uns sehen; er legte uns die Grundzüge seiner Windungs-Topographie vor, die jetzt Gemeingut aller Collegen geworden ist, und machte anschliessend noch eine interessante pathologisch-anatomische Mittheilung über die *Hitzig*'schen Gehirncentren bei einer in der Kindheit Amputirten. — Im October desselben Jahres fand die Specialversammlung der Irrenärzte in Karlsruhe statt, und einige Wochen später wurde in derselben Stadt, auf den Ruf von *Ludwig* und *Dick*, die festere Neuorganisation der verjüngten südwestdeutschen psychiatrischen Herbstversammlung vereinbart, nachdem die Neurologen-Versammlung als selbständige Vereinigung sich (jeweils für den Mai resp. Anfangs Juni) abgegliedert hatte. Die letztere ist somit im Ursprung und in der Weiterentwicklung eine Tochter unseres Vereins, und billig darf dieser Verwandtschaft,

Digitized by Google

nachdem die erwachsene neurologische Tochter so viele anregende wissenschaftliche Gaben und so manche heiter gesellige Stunden gespendet und immer wieder spendet, am heutigen Jubiläumstage stolz und befriedigt Erwähnung geschehen. Beide Vereinigungen blühen und gedeihen seither neben einander und mit einander, an der Förderung der Neuropathologie und Psychiatrie gemeinsam arbeitend — ein lebendiges Zeugniss für die enge Verschwisterung beider Disciplinen, und für die Zusammengehörigkeit ihrer Vertreter. Die definitive Neuconstruirung unserer Versammlung fällt in das Jahr 1878, gerade in die Mitte der Jubiläumszeit; wir tagten damals im October zum 12. Mal.

Die 15 späteren Jahre — 3 Mal fiel die Versammlung aus wegen der in der Nachbarschaft (Baden, Freiburg, Strassburg) abgehaltenen Naturforscherversammlung — haben neue Wandlungen im Bestande und im Geschäftsgange unseres Vereins nicht mehr gebracht. Regelmässig fand uns jeder Herbst in Karlsruhe zusammen; aus der frühern Wanderversammlung war von jetzt an und bisher eine Zusammenkunft mit festem Versammlungsort entstanden. Nur die Stätte unserer Begegnung hat sich geändert, insofern wir aus dem Erbprinzen seit einigen Jahren in das Germaniahôtel übergesiedelt sind.

Wie reich hat sich aber das Innenleben unserer Versammlung gestaltet, und wie fruchtbar hat es sich in Fragen der theoretischen und praktischen Psychiatrie bewährt! Ich will Sie mit Detail-Ausführungen des mannigfaltigen Inhalts der gehaltenen Vorträge und der angeknüpften fördernden Discussionen heute nicht unterhalten: es hiesse fast einen gedrängten Entwicklungsgang der Psychiatrie der letzten $1^1/_2$ Jahrzehnte beschreiben — so lebendig pulsirte das Tagesinteresse in jeder Versammlung, so zeitgemäss, theilweise neu, stets aber anregend waren die abgehandelten Themata, die alle Specialgebiete unserer Disciplin betrafen. Dass vorwiegend praktische Aufgaben uns beschäftigten, lag im Programm unserer Versammlung; aber auch die wissenschaftlichen waren reich vertreten: administrative, klinische, anatomische, psychologische, forense Abhandlungen mit gründlichen Discussionen bilden die dichtgedrängten Blätter des Jubiläumskranzes. Ich will kein einzelnes lobend herausgreifen, was geleistet wurde, ward ja in lebendiger Entgegennahme und Betheiligung sofort auch Gemeingut — aber gewiss wird der historische Fortschritt unserer Disciplin manchen der hier jüngst gehörten Vorträge einst als grundlegend, alle aber als fördernd und klärend, betrachten dürfen. Und die Spenden sind nicht etwa nur aus der Hand Einzelner geflossen: Alle, wie wir da sind, haben wir uns in regem Wetteifer betheiligt, die Aeltern wie die strebsamen Jüngern!

Aber auch wehmüthige Erinnerungen ruft die heutige Rückschau wach — Erinnerungen an theure verehrte Collegen, welche einst unserm Vereine thätig und mitarbeitend angehörten und im Laufe der Jahre von uns geschieden sind. Von den einstigen Gründern und ersten Theilnehmern an

Digitized by Google

unserer Versammlung sind weitaus die Meisten, bis auf uns Eingangs Genannte drei, theils durch Tod, theils durch Wegzug in andere Wirkungskreise uns entrissen worden.

Ich nenne unter den Abgerufenen nur die Namen *Roller*, *Hergt*, *Fischer* sen., *Dick*, *Rinecker*, *Binswanger* sen., *Gräser*, *Otto*, *Kintz*, *Freusberg*, und unter den Weggezogenen aus frühester Zeit *Krafft-Ebing* und aus den letzten Jahren unsern trefflichen *Jolly*, der so viele Jahre hindurch hier ein lebhafter Förderer unserer Bestrebungen gewesen, und uns in dem Vereine ein lieber Freund geblieben ist. Unter den uns Erhaltenen aber wollen wir in besonderer Pietät unseres Altmeisters *Hoffmann* in Frankfurt gedenken, eines der Gründer und vieljährigen Theilnehmer, der hochbetagt, aber innerlich jugendfrisch dem Vereine seine Sympathien bewahrt.

Dass auch die Collegen dieser Stadt uns ihre Anhänglichkeit erhalten haben, verzeichne ich mit besonderer Freude als eine Auszeichnung des Jubeltags unserer Versammlung.

M. H. Vom ersten Versammlungstag im März 1867 heisst es im Bericht: „Um eine erhebende Erinnerung reicher kehrten die Collegen zu ihrem Berufe zurück, den jeder um so lieber gewonnen hatte, je lebendiger ihm eine solche Gemeinschaft zum Bewusstsein gekommen war.“ Ich glaube, wir Alle haben es erfahren, dass jede der folgenden Versammlungen dieses Bewusstsein neu gekräftigt hat. Ich stelle auch die heutige und so alle folgenden unter denselben Stern der Gemeinschaft in wetteifernder Zusammenarbeit für das Wohl unserer Berufsdisciplin, und in diesem Sinne rufe ich Ihnen und unserm Verein ein herzliches: Vivat, floreat, crescat in multos annos zu!

Zum Vorsitzenden wird gewählt: Prof. *Kirn*-Freiburg, zu Schriftführern: Dr. *Aschaffenburg*-Heidelberg, Dr. *Vorster*-Stephansfeld.

1. Ueber Besuche der Angehörigen in den Anstalten. Referent: Dir. *Dittmar*-Saargemünd, Correferent: Dir. *Schüle*-Illenau.

Dr. *Dittmar* referirt über die bei Besuchen der Geisteskranken in Irrenanstalten in Frage kommenden allgemeinen Gesichtspunkte.

Einleitend erörtert der Vortragende die Gründe, aus denen für die Frage nur der eine Grundsatz, wonach die Salus patientis das höchste Gesetz ist, maassgebend sein sollte. Dieser Grundsatz fordert eine stete, ebenso humane, als sachverständige Rücksicht nicht nur auf den augenblicklichen Zustand des Patienten, sondern auch auf dessen sonstige vitale Interessen, insbesondere auch auf seine Angehörigen und ihr Wohl, ferner auf seine Umgebung in der Anstalt, sowie auf die letztere selber. — Zugelassen möchte der Vortragende im Allgemeinen alle die sehen, welche ein vernünftiges und loyales Interesse an dem Kranken und seinem Ergehen nehmen. In der Regel darf ein solches bei den Besuchen der Angehörigen des Patienten vorausgesetzt werden. Zu diesem Interesse muss freilich noch ein richtiges Verhalten des Besuches bei — ja sogar

Digitized by Google

auch vor und nach — dem Besuche treten, und der Rücksichtnahme auf den Patienten muss der Anstaltsarzt hier durch Beachtung einer Reihe von Punkten, die der Vortragende erörtert, ebenso gerecht werden, wie der Rücksichtnahme auf den besuchenden Angehörigen. In letzterer Beziehung ist besonders bei Besuchen durch Kinder Vorsicht geboten.

An die Erörterung der Eignung Angehöriger, zum Besuche zugelassen zu werden, schliesst der Vortragende die der Eignung der Patienten, solchen in der Anstalt zu empfangen.

Ohne Bedenken können im Allgemeinen den Angehörigen zugänglich sein sterbende Patienten, sowie jene den Sterbenden nahestehenden, bei denen ein tiefer Blödsinn die Auffassung der Aussenwelt ganz oder fast ganz unmöglich macht. Ohne Bedenken wird man im Allgemeinen ferner diejenigen Patienten besuchen lassen können, die sich ausserhalb der Anstalt frei bewegen und daher ohne dies mit den verschiedensten Elementen der Aussenwelt in Berührung kommen.

Geradezu indicirt erscheint die Zulassung geeigneten Besuchs — ausser in den Fällen, wo die Erfahrung ihren Nutzen für den betreffenden Fall bereits gelehrt hat — hauptsächlich im Stadium der Reconvalescenz von psychischer Störung. Contraindicirt bei krankhaftem Heimweh — das insbesondere durch Kinderbesuch bei kranken Frauen so oft ausgelöst bezw. gesteigert wird; ferner bei agitirten oder zu Gewaltthätigkeiten geneigten Kranken; bei solchen, denen der Besucher Gegenstand natürlichen oder krankhaften Hasses ist; ferner bei solchen Patienten, welche die Veranstaltung oder Verursachung von Scenen oder Weiterungen fataler Art voraussehen lassen; endlich bei solchen, die sich weigern, den Besuch überhaupt zu empfangen.

Die bei den Besuchen noch ausserdem in Frage kommenden verschiedenen Verhältnisse, Umstände und Bedingungen erörternd, betont der Vortragende, dass die Zulassung des Besuches im Einzelfalle thunlichst ärztlicher Entscheidung unterstehen, sowie dass und warum die Zulassung in der Regel an die Bedingung vorheriger schriftlicher Anfrage geknüpft sein sollte; weiterhin werden die Verhältnisse des Orts und der Zeit der Besuche und des zweckmässigen Zeitpunkts ihrer Wiederholung der Erörterung unterzogen; ferner die zweckmässige Zahl der gleichzeitig zuzulassenden Besucher; die Frage der Nothwendigkeit von Besuchszeugen; endlich die Nothwendigkeit und die beste Art und Weise der Belehrung der Besucher über die Natur, die Eigenthümlichkeit des Falles und über richtige Art seiner Behandlung durch den Besucher.

Correferent Geh. Rath *Schüle* bespricht die speciellen Indicationen und Contraindicationen der Besuche bei den verschiedenen Formen der Erkrankungen. Er stellt folgende Thesen auf:

1. In frischen Fällen von Melancholie keine Besuche, wenigstens nicht während der Zeit des Anstiegs und des Höhepunkts der Krankheit.

Digitized by Google

Angstzustände, mit und ohne Zwangsgedanken, contraindiciren in dem Grade, als sie heftig sind, Besuche.

Erst in dem Stadium der Krankheitsabnahme sind solche zulässig. Manchmal, und nicht selten, sind Besuche direct zu wünschen, um den Kranken in seinem Orientirungsgeschäft zu unterstützen, speciell auch bei natürlichem Heimweh.

Bei Zuständen von Nahrungsverweigerung führt nicht selten eine vernünftige Ansprache Seitens der Anverwandten über die Klippe hinweg, wenigstens temporär.

2. Bei Manien verbieten sich in den schweren Zustandsformen Besuche von selbst. Auch in den leichten unterbleiben sie in frischen Fällen besser, es sei denn, dass ein nicht zurückzudrängendes Heimweh oder motivirte geschäftliche, oder auch persönliche Angelegenheiten als psychischer Reiz fortwirken, und Rücksprache mit Angehörigen (besser mit entfernteren) räthlich machen.

Ernste häusliche Vorfälle während des Aufenthalts des Kranken contraindiciren Besuche, womöglich bis zur Entlassung.

3. Acute Paranoia-Zustände sind, je nach ihrem depressiven oder exaltirten Charakter ähnlich wie Fälle einfacher Melancholie resp. Manie bezügl. der Besuche zu behandeln, vielleicht noch vorsorglicher. Für alle Fälle bedarf der Inhalt der Sinnestäuschungen jeweils noch einer besonderen Erwägung, namentlich je nachdem er gegen gewisse Persönlichkeiten gerichtet ist, die von Besuchen ausgeschlossen bleiben müssen. Die letztere Indication gilt selbstredend auch für die acuten Episoden chronischer Wahnsinnszustände.

4. Stupor- und attonische Zustände contraindiciren Besuche, wenn möglich bis zur voll declarirten Reconvalescenz.

5. Dasselbe gilt für die acute Demenz; hier sei man mit der Gewährung noch vorsichtiger, noch schwieriger.

6. Die chronische Paranoia lässt concrete Erfahrungsgrundsätze nicht aufstellen. Hier entscheidet die Stimmung des Kranken, sein jeweiliger Bewusstseinszustand und seine und der Verwandten Verlässlichkeit. Die gewählten Besuchspersonen sind sorgfältig nach ihrer event. nähern oder fernern Beziehung zum Wahn des Kranken zu prüfen. Beachtungs- und physikalischer Wahn contraindiciren Besuche, ausser in Remissionszeiten. In den expansiven Formen kann man c. p. liberaler sein in der Gewährung, ja hier wirkt nicht selten ein rechtzeitiger Besuch wahncorrigirend. Aber der prekäre Versuch darf erst gemacht werden, wenn die sonstigen klinischen Zeichen für beginnende Besserung sprechen.

7. In chronischen Demenzzuständen sind die Besuche im Ganzen häufiger zuzulassen als temporäres Mittel den Kranken zu beruhigen, aufzuheitern, zur Geduld zu ermuntern. Hier bildet auch die Rücksicht auf das Publicum eine beachtenswerthe Indication.

Digitized by Google

8. Die Dementia paralytica verlangt in den Anfangs- sowie in den Erregungsstadien Untersagung der Besuche, gestattet sie dagegen um so häufiger in den späteren Epochen.

9. In den alcoholistischen Psychosen sorgsamste Auswahl der Besucher, und, wo man nicht ganz trauen kann, Besuche nur unter Assistenz von Zeugen.

10. Bei hysterischen und constitutionellen Psychosen, passt speciell bei der sog. folie du caractère oder Moral Insanity möglichst keine Besuche, oder nur bei zuverlässigem Publicum und nach vorhergehender Belehrung der Besuchenden. — Besuche bei Epileptikern machen wegen möglicher plötzlicher Gewaltthätigkeit assistirende Zeugen räthlich.

Referat und Correferat werden in extenso in der allgemeinen Zeitschrift zum Abdruck kommen.

Discussion: Zu These 1. *Kraepelin* fragt wie man das natürliche vom krankhaften Heimweh unterscheiden könne. Man könne sich leicht täuschen und pathologisches Heimweh, für natürliches halten und werde dann oft erst durch das Nichtverschwinden bei den ersehnten Besuchen davon belehrt, dass man es mit einer krankhaften Erscheinung zu thun habe. Er mahne dringend zur Vorsicht.

Schüle: Bestimmte differentialdiagnostische Merkmale lassen sich nicht aufstellen, das ist im wesentlichen Gefühlssache.

Dittmar: Das dauernde Verschwinden des Heimwehs nach Zulassung der ersehnten Angehörigen beweise allerdings dessen nicht krankhafte Natur; die allgemeine Erfahrung lehre, wie nicht selten auch das natürliche Heimweh nach stattgehabtem Wiedersehen mit den Angehörigen mehr oder weniger unmittelbar auf die Wiedertrennung hin mit erneuter, ja vermehrter Heftigkeit auflodere.

Kreuser glaubt zur Beurtheilung der Berechtigung des Heimwehs bis zu einem gewissen Grade die Länge der Zeit, seit der ein Wiedersehen nicht stattgefunden hat, heranziehen zu können. — Einigen Maassstab, wie Besuche voraussichtlich auf Kranke wirken werden, entnimmt er deren Verhalten gegenüber den Briefen aus der Heimat.

Zu These 5. *Kraepelin* glaubt, dass bei der acuten Demenz zwar auf der Höhe der Erkrankung Besuche zu vermeiden seien, dass aber in der Reconvalescenz bisweilen ein recht günstiger, anregender Erfolg von denselben beobachtet werde.

Kirn hat die gleiche Erfahrung gemacht.

Schüle widerräth die Besuche hauptsächlich mit Rücksicht auf die Angehörigen.

Ueber die andern Thesen findet keine Discussion statt. Die Versammlung erklärt sich mit den Thesen einverstanden.

Digitized by Google

Discussion über das Referat:

Nissl weist auf die Frankfurter Verhältnisse hin, insbesondere darauf, dass die grosse Nähe der Anstalt an der Stadt die Besuche der Kranken, die sich hauptsächlich aus der Stadt Frankfurt rekrutiren, sehr erleichtern. Nach den Erfahrungen des Directors *Sioli*, der leider heute verhindert ist, der Versammlung beizuwohnen, spielt hinsichtlich der Krankenbesuche die jeweilige Oertlichkeit eine grosse Rolle. Kranke, die leicht besucht werden können, haben auch ein grösseres Bedürfniss nach Besuchen und werden weniger davon alterirt als solche, die wegen der Lage der Anstalt nur selten Besuch erhalten können und bei denen ein Besuch ein wichtiges Ereigniss ist. Obschon wir in Frankfurt hinsichtlich der Besuchserlaubniss sehr liberal verfahren, lassen wir bei ganz frischen Kranken, insbesondere aber bei Maniakalischen und Melancholischen keine Besuche zu und erwägen beim erstmaligen Besuche eines jeden Kranken alle Gründe, die für und gegen einen Besuch sprechen. Um Ihnen eine Vorstellung von der Häufigkeit der Besuche in unserer Anstalt zu geben, hat Herr Director *Sioli* die Anzahl derselben statistisch feststellen lassen. So fanden bei einem Krankenbestand von rund 275 im Monate October 426 Mal Krankenbesuche statt und es wurde 412 Mal von Seiten der Anstaltsärzte den Angehörigen oder Bekannten der Kranken Auskunft ertheilt. Im Jahre geben wir durchschnittlich 4900 Mal mündliche Auskunft und lassen ungefähr 5100 Krankenbesuche zu. Bei unserem liberalen Verfahren haben wir trotzdem niemals unangenehme Erfahrungen gemacht. In der Regel finden die Krankenbesuche in einem besonderen, hierfür bestimmten Saale statt; indess sind wir auch hierbei nicht allzu ängstlich und lassen unter Umständen auch Besuche bei solchen Kranken, die nicht aus dem Bett aufstehen können, in dem betreffenden Krankensaal zu.

Kreuser, der an einer Anstalt thätig ist, wo vermöge deren isolirter Lage Besuche nicht so sehr häufig sind, kann darum im Ganzen auch etwas liberalere Regeln gelten lassen, als sie der Herr Referent aufgestellt hat. So hat er meist kein Bedenken die Besucher auf die Abtheilungen zuzulassen und die Zeitdauer des Besuches weniger einzuschränken; nicht selten weiche auch die anfängliche Erregung des Besuchten bei längerem Zusammensein. Auf die Gegenwart einer Wartperson verzichtet er in vielen Fällen ganz, findet sie aber nothwendig beim Besuche von Eheleuten; es komme vor, dass die Frau den kranken Mann nur besuche, um eine auswärts erfolgte Schwängerung auf den Besuch zurückführen zu können. — Entschieden ist er gegen ein blosses Sehenlassen der Kranken, das er meist auch für nicht so leicht ausführbar hält. — Hat der Arzt bei ihm unbekannten Besuchern Zweifel über die Berechtigung ihrer Interessen, so entscheidet darüber oft am Besten eine Anfrage bei den Patienten, die sich in der Regel weigern Leute zu empfangen, die nur von der Neugierde hergeführt wurden.

Beyer berichtet, dass sie in Strassburg, wo die Klinik einen Bestand-

Digitized by Google

theil des Krankenhauses bilde und — zum grossen Nutzen für die Erleichterung der Aufnahme — auch im Publicum so angesehen werde, dieselben Besuchsregeln wie die andern Kliniken haben. Sie lassen die Angehörigen ruhig auf die Abtheilungen und sind bisher mit diesem Modus ganz zufrieden gewesen.

Karrer hat auch 2 Mal den Fall erlebt, dass Frauen bei Gericht angaben, dass sie bei Gelegenheit der Besuche von ihren kranken Männern geschwängert worden seien.

Dittmar erwidert in dem Schlusswort *Kreuser*, dass er die Fälle, wo eine Ehefrau ihren internirten Ehemann deshalb besuche, um eine bei ihr stattgehabte ausserehelliche Schwängerung als durch den letzteren bewirkt erscheinen zu lassen, für Seltenheiten halte. Wo ein derartiges Motiv vermuthet werden könne, sei natürlich die Anwesenheit eines Besuchszeugen noch nöthiger als in anderen Fällen. Was die Fälle betrifft, wo der Patient nach der ersten Ueberraschung und Verwirrung über den Besuch — die übrigens in den meisten Fällen vermieden werden könne und müsse — sich beruhige und allmälig offener und zutraulicher zu werden anfange, so habe er um so weniger Veranlassung gehabt, derselben ausdrücklich Erwähnung zu thun, als sie nicht die einzigen Ausnahmen von der von ihm erwähnten Regel bilden, wonach gewöhnlich erst die Fortsetzung des Besuchs über die erste halbe (event. Viertel-)Stunde hinaus dessen Nachtheile sichtbar hervortreten lässt. Wo ein Anderes zutrifft oder wahrscheinlich wird, da kann der Besuchszeuge (der deshalb eine genügend intelligente Person sein muss), immer — durch Boten oder telephonisch etc. — die Erlaubniss zur Fortsetzung des Besuchs vom Arzte einholen. Immer ist es dem Besucher gegenüber viel leichter, einen nur für kurze Zeit gestatteten Besuch zu verlängern, als einen erwarteten längern abbrechen zu müssen. —

Die von Herrn Director *Karrer* empfohlene Notirung des Datums der einzelnen Besuche und der Persönlichkeiten der Besucher, womöglich mit Angabe des Besuchseffects ist auch in Saargemünd eingeführt und aus vielen Gründen in der That dringend zu empfehlen. Endlich bemerkt *D.* mit Bezug auf die Angaben des Herrn Dr. *Nissl*, dass man natürlich überall da, wo getrennte Besuchsräume (mit denen ein Wartezimmer verbunden sein soll) in der Anstalt nicht zur Verfügung stehen, die Besuche bei den Kranken in den Stationen wird vor sich gehen lassen müssen, wobei selbstverständlich auf Verhütung von Berührung und Verkehr der Besucher mit den nicht zu besuchenden Mitpatienten des Kranken nach Thunlichkeit Bedacht zu nehmen ist. Die Gestattung von Besuch in den Tageräumen der Stationsinsassen und in deren Gegenwart dürfte nur ganz ausnahmsweise das Richtige sein, keinenfalls aber die Regel bilden. Dass ein Abweichen von dieser Regel bei intransportablen und bei den aus irgend einem (körperlichen oder psychiatrischen) Grunde bettlägerigen Patienten Platz greifen müsse, ist bereits in meinem Vortrage erwähnt.

Digitized by Google

2. Prof. *Kirn*-Freiburg, Ueber Criminal-Anthropologie.

Vortragender entwirft auf Grund jahrelang fortgesetzter eigener Beobachtungen sowie des Studiums der einschlägigen reichhaltigen Literatur eine Schilderung des gegenwärtigen Standpunktes der Verbrecher-Anthropologie. Er unterwirft die von der italienischen positiven Schule aufgestellten Thesen bezüglich der psychischen und somatischen Eigenart des Verbrechers einer kritischen Besprechung und kommt zu dem Schlusssatze:

„Heute muss das Dogma vom geborenen Verbrecher als gründlich widerlegt betrachtet werden. Das Verbrechen ist zum grossen Theil Folge der socialen Verhältnisse. Soweit die Anthropologie bei demselben in Betracht kommt, handelt es sich vorwiegend um die Lehre von der menschlichen Entartung, somit bildet die Criminal-Anthropologie nur ein Capitel in der Degenerescenz-Anthropologie."

Der Vortrag ist in Bd. 50 dieser Zeitschrift S. 705 abgedruckt.

Discussion: *Wilser* möchte, indem er sich mit dem Vorredner im Wesentlichen einverstanden erklärt auf den Zusammenhang hinweisen, den diese Frage mit der Vererbungstheorie hat. Bekanntlich ist durch die von *Freiburg* ausgegangene Lehre von der Nichtvererbung erworbener Eigenschaften ein lebhafter Streit entgegengesetzter Ansichten hervorgerufen worden. Die Erfahrungen des praktischen Arztes, besonders des Irrenarztes stimmen schlechterdings nicht zu jener in der Studirstube ausgeheckten Theorie. Nirgends spielt die erbliche Anlage eine so grosse Rolle als in der Psychiatrie. Aus dem grossen Heer der „Degenerirten" gehen sowohl die meisten Irren als auch die Mehrzahl der Verbrecher hervor. Die Grundlage zur Degeneration wird aber bei den Vorfahren gelegt, die durch Ueberanstrengung, Alkoholmissbrauch oder erschöpfende Krankheiten ihr Nervensystem zu Grunde richten und diese erworbene Schwäche auf ihre unglücklichen Nachkommen vererben. Ein solcher „Degenerirter" wird dadurch zum Verbrecher, dass er in Folge geistiger und besonders auch sittlicher Schwäche seine thierischen Triebe nicht zu zügeln vermag. Ausserdem aber können auch dadurch Verbrecher entstehen, dass durch gewisse ausschliessliche Gewohnheiten der Vorfahren gemeingefährliche Instincte ohne allgemeine Degeneration auf die Nachkommen vererbt werden, so z. B. Neigung zu unrechtmässigem Erwerb oder zu Gewaltthätigkeit. Bis zu einem gewissen Grad mag daher *Lombroso*, wenn er auch viel zu weit geht, mit seinem „geborenen" Verbrecher Recht haben. Das Entstehen schädlicher Instincte — zum Begriff des „Instincts" gehört nicht nur das Gewohnheitsmässige, sondern auch die Ererbung — ist nach der *Weismann*'schen Theorie unmöglich zu erklären, da durch Auslese nur vortheilhafte Eigenschaften gesteigert werden können.

Kirn findet keinen solchen Gegensatz in ihren beiderseitigen Ideen,

Digitized by Google

nur glaube er nicht, dass eine Neigung zum Verbrecherthum angeboren sei, sondern nur eine psychische Inferiorität.

Wilser glaubt doch, die Vererbung von Instincten annehmen zu müssen.

3. Dr. *Friedmann*-Mannheim, Ueber die primordiale menstruelle Psychose.

Vortragender berichtet über zwei Beobachtungen an jungen 14- und 16jährigen Mädchen, welche durchaus den früher von *Schoenthal* (Arch. für Psych. Bd. XXIII. p. 799) geschilderten an die Seite zu stellen sind. Es handelt sich um periodische, in drei- bis vierwöchentlichen Terminen ablaufende heftige Anfälle depressiver psychischer Störung mit Bewusstseinstrübung, die den Formen der typischen Menstrualpsychosen gleichen, aber nach einer einmaligen Serie von je 2 resp. 10 Attaquen zugleich mit der Regelung der vorher fehlenden oder sogleich unterbrochenen Menstrualentwickelung in Genesung endigten. Sie unterscheiden sich von der typischen Menstrualform nicht nur dadurch, sondern auch durch das geringe Hervortreten der psychopathischen Prädisposition, welche in dem einen der Fälle völlig, soweit nachweisbar, mangelte. Die Analoga dazu sind in den gelegentlichen kurzen und einmaligen transitorischen Anfällen schwerer psychischer Störung zur Zeit der Menstruation zu suchen, bei welcher gleichfalls jede Belastung oder nervöse Anlage fehlen kann. Man benennt und betrachtet daher am besten die Zustände als „menstruale Entwickelungspsychosen", welche sich wesentlich also durch günstige Prognose auszeichnen und dadurch aus der Reihe der typischen periodischen Psychosen ausscheiden würden.

Gelegentlich erwähnt er auch den modificirenden, günstigen Einfluss der menstruellen Entwickelung auf Epilepsie, ein seltenes Vorkommniss, für das er eine beweisende eigene Beobachtung citirt.

Der Vortrag ist in der Münchener med. Wochenschrift in extenso erschienen.

Discussion: *Kirn* hat auch Psychosen zur Zeit der Pubertät beobachtet, aber nicht in dieser typischen Form.

Wildermuth freut sich, dass hier Fälle von Epilepsie berichtet werden, die nicht zur Zeit des Eintritts der Menses schlechter wurden oder doch mindestens unbeeinflusst blieben.

Kraepelin macht darauf aufmerksam, dass auch bei Männern derartige Fälle vorkommen, so dass er nur an eine auslösende Rolle der Menstruation glauben könne. In Betreff des Falles von gebesserter Epilepsie fragt er an, ob nicht vielleicht hysterische Symptome vorgelegen?

Friedmann erwidert auf die Bemerkung von *Kraepelin*, dass in dem Falle von Epilepsie ein typischer Anfall mitten im Schlafe beobachtet worden sei, was wohl bei Hysterie nicht vorkomme; sodann dass er bezüglich der Deutung der Psychosefälle als durch den Menstruationsvorgang

Digitized by Google

erzeugt sich hauptsächlich auf den einen Fall stütze, wo jede Art von hereditärer Anlage oder nervösen Naturells fehlte, soweit sich das überhaupt feststellen lässt.

Schoenthal theilt mit, dass die Heilung seiner Fälle nunmehr 3 Jahre andaure.

4. *Hecker*-Wiesbaden, Ueber larvirte und abortive Angstzustände der Neurasthenie.

Vortragender sucht die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, dass Angstzustände bei der Neurasthenie eine noch weit grössere Rolle spielen, als man bisher annahm. In einer ganzen Zahl von Fällen kommt die Angst dem Patienten nicht als solche zum Bewusstsein, sondern versteckt sich hinter anderen Empfindungen. Sie kann als Asthma, als Schwindel etc. endlich auch als Sehnsucht empfunden werden. Der Vortragende theilt entsprechende Fälle mit. In dem letzten handelte es sich um einen älteren Herrn, der während eines Aufenthaltes in Marienbad, der ihm übrigens schlecht bekam, mit einer älteren Dame freundschaftlich verkehrte. Sich steigernde nervöse Unruhe machte seine Abreise nothwendig. Unterwegs befiel ihn plötzlich eine so heftige Sehnsucht nach jener Dame, dass er thatsächlich nach Marienbad umkehren musste. Nach seiner zweiten Abreise, einige Tage später, trat wieder ein heftiger Sehnsuchtsanfall auf, der allmälig chronisch wurde und den Charakter der Zwangsempfindung trug. Durch erhaltene Belehrung über die eigentliche Natur seines Zustandes, wurde Patient sofort wesentlich erleichtert, namentlich von dem ihn beschämenden Schuldbewusstsein befreit. Nachdem noch einige reine Angstanfälle aufgetreten waren, stellte sich allmälig völlige Genesung ein.

Noch bemerkenswerther als diese „larvirten" Angstzustände sind die „abortiven". Hierbei handelt es sich um folgende Thatsachen: Jeder Angstzustand ist — auch beim gesunden Menschen — von einer Reihe ganz bestimmter körperlicher Erscheinungen begleitet. Dieselben sind nach *Domrich*'s Schilderung: Bangigkeit und Unruhe am Herzen, Herzklopfen, Beschleunigung der Respiration, Innervationsstörung, Zittern der willkürlichen Muskeln, Schwindel, Circulationsstörungen mit Parästhesien, Schweissausbruch, Versagen der Schliessmuskeln der Blase wie des Afters bei gleichzeitig vermehrter Peristaltik, krampfartige Zusammenschnürung des Schlundes und der Speiseröhre, endlich Schlaflosigkeit. — Alle diese genannten Erscheinungen beobachten wir nun bei Neurasthenikern als vereinzelte anfallsartige oder mehr chronische Symptome, ohne dass auch nur eine Spur von psychischer Angst dabei vorhanden ist, und zwar handelt es sich dabei gerade um die allerwichtigsten Cardinalsymptome der Neurasthenie. Vortragender bespricht diese einzelnen Symptome näher und theilt für das bei Neurasthenie bisher nach seiner Meinung nicht genug gewürdigte Symptom der krampfartigen Zusammenziehung des Schlundes und der

Digitized by Google

Speiseröhre zwei dasselbe illustrirende Krankengeschichten mit. Er glaubt, dass durch die sich ganz ungezwungen ergebende Auffassung aller oben genannten Symptome als abortiver oder incompleter Angstzustände, gerade die wichtigsten Erscheinungen der Neurasthenie unserem Verständniss wesentlich näher gerückt sind. —

Sehr bemerkenswerth muss es jedenfalls erscheinen, dass sich ähnliche Verhältnisse in Beziehung zu einem anderen Affect, dem des Schrecks bei der Hysterie auffinden lassen. Wie die Angst bei der Neurasthenie, so spielt der Schreck bei der Hysterie zunächst als ursächliches Moment und zweitens als oft beobachtetes Symptom eine nicht unwesentliche Rolle. Auch der Schreck hat eine Reihe körperlicher Attribute. Ein Theil derselben (die Symptome am Herzen, die der Circulation und Aspiration, die Schlundzusammenschnürungen etc.) sind dieselben, wie wir sie bei der Angst kennen gelernt haben. Gerade dieselben Symptome sind es aber auch, welche der Neurasthenie und Hysterie gemeinsam zukommen, während eine Reihe anderer Symptome, welche der Schreck vor der Angst so zu sagen voraus hat, genau dieselben sind, die die Hysterie vor der Neurasthenie auszeichnen: die Paraplegie („der Schreck fährt in die Beine"), die Neigung zur Attonität („starr vor Schreck") und Convulsibilität, die Störungen der Sensibilität und anderer Sinnesnerven („blind, taub, gefühllos vor Schreck"), und endlich die Stimmlähmung, der Mutismus („stumm vor Schreck"). Es sind diese Verhältnisse zu auffällig und zu scharf ausgeprägt, um als zufällige angesehen werden zu können.

In gewissem Grade bestätigen auch — wie Redner zum Schluss ausführt — die über die Neurasthenie aufgestellten Theorien seine Behauptung, dass die Angst bei unserer Krankheit eine grundlegende Bedeutung hat. Namentlich interessant ist die Uebereinstimmung der *Kowalewsky*schen chemischen Theorie (wonach bei der Neurasthenie eine Vergiftung des Gehirns mit Ueberreizungs- und Ermüdungsprodukten stattfindet) mit den Untersuchungen *Mariot*'s über die Angst. *Mariot* hat darauf hingewiesen, dass sich der Fleischgeschmack eines Thieres eigenthümlich verändert, wenn es vor der Tödtung gehetzt und geängstigt wird und nimmt an, dass durch den Affectzustand der Angst im Gehirn ganz eigenartige Zersetzungsprodukte gebildet werden, welche alle Gewebe durchtränken und vergiften und dadurch die körperlichen Symptome der Angst hervorrufen.

Der Vortrag ist im Centralblatt für Nervenheilkunde 1893 Heft 12 abgedruckt.

Discussion: *Wildermuth* findet auch, dass die Angst eines der gewöhnlichsten Symptome der Neurasthenie ist. Er macht seinerseits darauf aufmerksam, dass das Ermüdungsgefühl oft ein larvirter Angstzustand sei.

Digitized by Google

2. Sitzung am 12. November Vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: Prof. *Kraepelin*-Heidelberg. Als Ort der nächstjährigen Versammlung wird wieder Karlsruhe gewählt, als Geschäftsführer Director *Sioli*-Frankfurt und Dr. *Lauderer*-Illenau. Im Auftrage des am Erscheinen verhinderten Prof. *Rieger*-Würzburg werden Separatabzüge der Eingabe wegen der Einführung der Psychiatrie als Examensfach (Centralblatt für Nervenheilkunde, 1893, Octoberheft) vertheilt, die im Auftrage des Vereins an die Regierungen von Bayern, Württemberg, Baden, Elsass-Lothringen und Hessen gerichtet worden ist. Von einer Antwort darauf ist *Rieger* noch nichts bekannt geworden.[1])

5. Ueber Ueberwachungsabtheilung. Ref. Director *Sioli*-Frankfurt, Correferent Prof. *Kraepelin*-Heidelberg.

Director *Sioli* giebt einen kurzen historischen Ueberblick der Entstehung der Ueberwachungsstation von Parchappe, der aus der infirmerie durch Hinzunahme der Selbstmordsüchtigen und an „unmoralischen Gewohnheiten" Leidenden le quartier de surveillance continue bildete, bis zur Neuzeit. Er betonte, dass ausser den in der Literatur durch Beiträge hervortretenden Aerzten, wie *Gudden* und in neuerer Zeit *Paetz* und *Scholz*, andere diese Einrichtung schon früher theils gefordert haben, wie *Griesinger* für das „Stadtasyl", theils getroffen haben, wie *Ludwig, Meyer, Hitzig*. In bestimmten Anstalten war sie längst gebräuchlich, wie in der Charité, in Marburg, nach dem Zeugniss von *Meschede* in Schwetz; das erste gesonderte Gebäude für diesen Zweck scheint *Hitzig* in Nietleben 1879 gebaut zu haben. Der Fortschritt in der Ausbildung der Idee liegt nach Darlegung des Referenten in der Hinzunahme immer weiterer Kategorien von Kranken unter die permanente Bewachung und Fürsorge, wodurch natürlich eine immer weitere Differenzirung der Ueberwachungtsstation in einzelne getrennte Stationen für Ruhige, resp. frisch Erkrankte, Sieche und Unruhige resultirt. Am weitesten hierin geht *Paetz*, der sogar getrennte Gebäude für die Kategorien fordert, während *Scholz* wieder Alles in einer Station selbst ohne Isolirzimmer vereinigt.

Durchaus nicht zu identificiren mit der Ueberwachungstation ist die Bettbehandlung, da dieselbe sogar von Hauptvertretern derselben zum Theil ohne permanente Beaufsichtigung durch Tag- und Nachtwache ausgeübt wird. Man kann aber sagen, dass je weiter die Bettbehandlung sich erstreckt, z. B. auf die Unruhigen, desto mehr auch wieder ein Bedürfniss zur Erweiterung der Räume für permanente Aufsicht und Fürsorge gefühlt wird, das nur immer an den Räumen und der Zahl und Uebermüdung des Personals seine Grenze findet.

Eine Uebersicht über den heutigen Stand der Ueberwachungsstation

---

[1]) Inzwischen ist von der badischen Regierung eine Antwort eingelaufen, der zu Folge sie der Frage durchaus wohlwollend gegenübersteht.

Digitized by Google

an den Irrenanstalten wurde durch Versendung von Fragebogen an alle deutschen Anstalten und einige auswärtige zu gewinnen gesucht. Derselbe enthielt 32 Fragen, die alle Verhältnisse und Beziehungen der Ueberwachungsstation betreffen.

Danach besteht gar keine Ueberwachungsstation in den meisten Privatanstalten, einigen reinen Pflegeanstalten und 6 grossen Irrenanstalten. In letzteren ist durchschnittlich die Zahl der Zellen eine recht grosse. Dagegen haben über 70 Anstalten die Frage nach dem Vorhandensein einer Wachstation bejaht; bei einigen ist sie nur bei Frauen, oder es wird nur nach Bedarf gewacht, die meisten finden sich in adaptirten Räumen, ein Theil der Anstalten, namentlich die neueren, haben besondere Häuser dafür gebaut. Die Zahl der Betten, die die Wachstation enthält, schwankt von 1,23 pCt. des Gesammtbestandes bis zu 83,33 pCt.; die Mitte bildet etwa 7 pCt. Man kann die Grösse nach 3 Kategorien unterscheiden; die von 1,23 pCt.—4 pCt., alles grosse Anstalten mit im Durchschnitt 636 Kraken und einer Aufnahmeziffer von im Durchschnitt 33 pCt. des Bestands; 14 an der Zahl.

Die mittleren von 4 pCt.—20 pCt., 53 an der Zahl, die Grösse beträgt im Durchschnitt 579 Bestand, die Procentzahl der Aufnahmen 43 pCt. Endlich die Anstalten mit über 20 pCt. Betten in der Wachstation, 10 an der Zahl, Bestand mit einer Ausnahme unter 300, Zugang beträgt im Durchschnitt 168 pCt. des Bestands. — Die Grösse der Wachstation wächst also hauptsächlich mit der Stärke des Zugangs. Einen gewissen Einfluss übt auf die Grösse der Wachstation auch die Zahl der aufgenommenen Paralysen, gar keinen die Zahl der Heilungen aus. 12 Anstalten haben mehr als je 2 Wachstationen, 3 hiervon je 3, 4 je 4. Ein besonderer Tagesraum findet sich in der Hälfte der Anstalten und man kann die Meinungen so zusammenfassen, dass die Anstalten, die nicht allzuviel frische Fälle aufnehmen, das Bedürfniss nach einem Tagesraum haben, da im Wachsaal bei weitem nicht alle Kranken im Bett liegen; je grösser dagegen die Zahl der eigentlich Bettlägrigen wird, desto geringer ist das Bedürfniss nach einem Tagesraum, der in Anstalten mit vielen suicidialverdächtigen Kranken sogar für bedenklich gehalten wird. Closet, Badezimmer, Isolirzimmer, Heizung, Ventilation und Beleuchtung, sowie die gesammten Sicherheitseinrichtungen bieten eine Reihe charakterischer Unterschiede, die genauer besprochen werden. Das Pflegepersonal ist nicht stabil und schwankt in der Zahl von 1:3 bis zu 1:7 des Bestands. Die Zahl der wirklich in der Wachstation zu Bett liegenden Kranken ist nicht überall angegeben, wahrscheinlich weil nicht überall der vom Referenten sehr empfohlene *Gudden*'sche resp. abgeänderte Tagesrapport geführt wird. Soweit zu übersehen, sind es 4 Anstalten, in denen 30—50 pCt. des Gesammtbestands zu Bett liegen; 5 Anstalten mit 20—30 pCt., 11 mit 10—20 pCt., die übrigen darunter. Die Indication ist in der ersten Kategorie so gestellt, dass „alle die zu Bett liegen, die nicht völlig ruhig, reinlich, und

Digitized by Google

deren Körperfunctionen nicht normal sind, ausser wenn bestimmte Indication für körperliche Bewegung vorliegt" (*Rieger*), bei den anderen sind es die frisch Erkrankten, Suicidialen, Melancholischen, Aufgeregten, körperlich Kranken, Unreinlichen, die zu Bett liegen.

Der Correferent, Prof. *Kraepelin*, hat sich die Aufgabe gestellt, den praktischen Betrieb der Wachabtheilung in der Heidelberger Klinik, also in einem „Stadtasyl", möglichst genau zu verfolgen. Zu diesem Zweck wurden 250 aufeinanderfolgende Tage hindurch täglich sehr ausführliche Fragebogen über die verschiedensten in Betracht kommenden Verhältnisse ausgefüllt (vgl. d. Jahrg. H. 1 S. 1).

Die beiden Referenten haben sich über folgende 7 Thesen geeinigt:

1. Die Wachabtheilung mit dauernder controlirter Ueberwachung und Fürsorge bei Tag und bei Nacht ist ein unerlässlicher Bestandtheil der modernen Irrenanstalt.

2. Dieselbe soll bei grösseren Provinzialanstalten mindestens 7 bis 10 pCt., von da an steigend bei Stadtasylen 20—30 pCt. und selbst noch mehr Procent umfassen. Maassgebend ist in erster Linie die Aufnahmeziffer.

3. Auf die Wachstation gehören: die frisch Erkrankten, Abstinirenden und Suicidialen; die Unreinen, Gelähmten und körperlich Kranken; aufgeregte Kranke, die im Bett behandelt werden sollen; endlich solche Kranke, die aus einem besonderen Grund einer fortgesetzten Ueberwachung bedürfen.

4. Zur Unterbringung dieser verschiedenen Formen von Kranken sind mindestens 2 getrennte Wachabtheilungen nothwendig, eine für ruhige, die andere für unruhige Kranke.

5. Jede Wachabtheilung besteht am zweckmässigsten aus einem grossen Schlafsaal mit daran stossendem Tageraum, 1—2 Einzelzimmern, Badezimmer und Closet; in der Nähe Spülküche und Garderobe.

6. Die Wachabtheilung soll sich in ihrer Einrichtung so wenig wie möglich von dem Krankensaal eines modernen Krankenhauses unterscheiden, abgesehen von den allernothwendigsten Maassregeln zur Sicherung der Kranken. (Sicherung der Fenster, Verschluss von Closet und Badezimmer, eventuell Zimmercloset und fahrbare Badewanne.)

7. Das Personal der Wachabtheilung soll mindestens 1:5 betragen.

Discussion: *Dittmar* möchte gegen den in These I gebrachten Ausdruck unerlässlich Verwahrung einlegen. Mit dem Betrieb und den Vorzügen einer zweckmässig belegten und geführten Wachabtheilung bekannt, habe er bei seinem Amtsantritt in Saargemünd deren Einführung auch in der dortigen Anstalt vorgehabt, die nach dem Berichte seines Vorgängers (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 42 S. 457) sich von vornherein ohne eine solche hatte behelfen müssen. Schon bald aber habe er gesehen, dass es in der Saargemünder Anstalt (dieselbe hat zur Zeit ca. 500 Kranke bei 170 jährlichen Aufnahmen) auch ohne Wachabtheilung geht und gut

Digitized by Google

geht. Es ist dies seiner Ansicht nach wesentlich dem Vorhandensein je einer Lazarethbarake auf jeder Geschlechtsseite, sowie der von ihm auf der vorjährigen Versammlung erwähnten und empfohlenen Gitterzellen zu verdanken. In den Lazarethen, welche thunlichst alle die aus irgend einem Grunde bettlägerige Kranken aufnehmen, ist stets für geübtes und gewissenhaftes Wartpersonal gesorgt, das auch — event. mit Anderen abwechselnd — in jenen (übrigens im Ganzen nur seltenen) Fällen zur Nachtwache mit Controluhr verpflichtet ist, wo Zustand und Verhalten eines oder mehrerer Kranken dem Arzte eine strenge unausgesetzte Ueberwachung wirklich nöthig erscheinen lassen. — Die Gitterzellen sind Zimmer, die durch ein von oben bis unten reichendes Drahtgitter mit Thüre in 2 genügend grosse Theile getheilt sind, deren eine zum Aufenthalt des Patienten, der andere als Beobachtungsraum dient. Das Gitter soll nicht zu schwach sein, nicht käfigartig aussehen, das Hinaufklettern nicht erlauben. Diese Gitterzellen haben sich in Saargemünd insbesondere in den Fällen sehr bewährt, wo eine Trennung des (Nachts event. mit einer Controluhr zu versehenden) Beobachters von dem (unruhigen, aggressiven oder dgl.) Beobachteten wünschenswerth war. — Unreinliche und Paralytiker werden in ihren Stationen des Nachts nach Bedarf ein oder mehrere Male zum Uriniren angehalten und event. umgelegt. Bekanntlich verhindern die fortwährende Aenderung der Lagerung der Paralytiker, wie sie in manchen Anstalten während der Nacht geübt wird, das Entstehen von Decubitus nicht völlig und sei aufreibend für den Patienten und das Personal. Die Controle des nächtlichen Krankendienstes wird in Saargemünd dadurch erleichtert, dass die dortigen katholischen Pflegeschwestern, wenn und solange sie überhaupt bei Kranken sind, stets und zwar auch des Nachts wachen müssen. — Unter diesen Umständen sei die Selbstmordstatistik der dortigen Anstalt eine sehr günstige und ebenso seien Unruhe, Unreinlichkeit, Decubitus im Allgemeinen nicht häufiger, als in anderen Anstalten, welche sich einer Wachabtheilung erfreuen, zu deren Einführung in Saargemünd sich in den bald 8 Jahren seiner dortigen Amtsführung noch keine Veranlassung ergeben habe.

Dehio-Riga berichtet über die in der städtischen Irrenheilanstalt Rothenberg bei Riga gemachten Erfahrungen. Die gemeinschaftliche Verpflegung unruhiger und ruhiger, namentlich deprimirten Kranken wurde auch dort als schwerer Nachtheil empfunden. Trotzdem waren die bei der Behandlung unruhiger Kranker auf der Wachabtheilung gemachten Erfahrungen so ermuthigend, dass, als die Wachabtheilung der Frauenabtheilung räumlich nicht mehr genügte, die Verwandlung der unruhigen Abtheilung in eine 2. Wachabtheilung discutirt werden konnte. Trotz der schon hervorgehobenen Ueberfüllung und vielseitigen Benutzung liess sich doch die Anbringung von Zimmerschmuck ermöglichen.

Sommer schlägt vor, in These IV zu „für unruhige Kranke“ hinzuzufügen „und blödsinnige“.

Digitized by Google

Sioli: Wir haben Anfangs auch die Paralytischen und Unruhigen zusammengelegt und halten es für den besten Nothbehelf, doch ist das Princip der Eintheilung immer die Ruhe oder Unruhe gewesen. Neuerdings aber haben wir einen dritten Wachsaal für Unruhige eingerichtet, da wir doch fanden, dass die Kategorien von Siechen und Unruhigen nicht mit Vortheil zu verbinden sind.

Kraepelin: Eine praktische Aushilfe, wenn auch immer ein Nothbehelf, sei das in seiner Klinik bei Bedarf geübte Verfahren der Einrichtung zweier Wachabtheilungen bei Tage, während Nachts nur in einer gewacht wird.

Landerer legt die Paralytischen und Blödsinnigen in die Nähe der Störenden.

Aschaffenburg hat durch Nachfrage bei genesenen Melancholischen und anderen besonnenen Kranken constatiren können, dass denselben der Aufenthalt auf der Wachabtheilung, trotzdem es oft sehr laut zuging, nicht in dem Maasse unangenehm war, als man denken könnte. Erst wenn die acuten Erscheinungen zurücktraten empfanden sie den Lärm störend, dann waren aber in der Regel auch die Kranken so weit gebessert, dass man sie von der Wachabtheilung wegnehmen konnte.

6. Dr. *Smith*-Marbach, Welche Stellung sollen wir Aerzte der Alkoholfrage gegenüber einnehmen?

Der Vorwurf der unglaublichen Indolenz der Alkoholfrage gegenüber, den *v. Strümpell* auf der 65. Naturforscherversammlung in Nürnberg gegen die Aerzte erhob, ist berechtigt, denn jährlich starben so viele Menschen an der Alkoholvergiftung wie an der Phthise, von denen 90 pCt. bei geeigneter Behandlung hätten gerettet werden können. Unter circa 1500 ärztlichen Briefen behufs Unterbringung von Alkoholikern in seiner Anstalt konnte Vortragender nur 30 auswählen, deren Verfasser über Erkrankung und Behandlung genügend orientirt schienen.

Vor allen Dingen soll der Arzt mit der Alkoholvergötterung, die ihm von der Universität her in Fleisch und Blut übergegangen ist, brechen und sich über die physiologische Wirkung des Alkohols, die durch die psychiatrische klinische Erfahrung bestätigt wird, klar werden und einsehen lernen, dass alle gerühmten guten Eigenschaften desselben nur in der Phantasie der Alkoholinteressenten bestehen, in Wirklichkeit dagegen derselbe ein Gehirn- und Nervengift schlimmster Art ist, und dass eine Menge System- und Organerkrankungen deshalb den therapeutischen Bemühungen so hartnäckig trotzen, weil der verursachende Alkoholgenuss als solcher nicht erkannt wurde. Dann soll der Arzt mit den unsinnigen und schädlichen Alkoholverordnungen bei Kindern und Reconvalescenten einhalten und vor allen Dingen nicht von der Bierbank aus Alkohollobreden und Discreditirungen der Antialkoholbewegung vornehmen, obgleich er keine Ahnung hat, worum es sich eigentlich dabei handelt. Eine überwältigende

Digitized by Google

Menge von Alkoholvergiftungen lassen sich direct auf die ärztliche Verordnung zurückführen.

Dann tadelt Vortragender die Verabreichung von Alkohol in Krankenhäusern und theilt einen Fall von Delirium tremens mit, der einzig seine Ursache aus dem Krankenwein ableitete. Ferner warnt er vor der sogenannten prophylaktischen Verabreichung von Alkohol an eingelieferte Potatoren, wodurch manchmal erst ein Delirium zum Ausbruch kommt. Abstinenz-Delirien oder sonst irgend welche pathologischen Abstinenz-Erscheinungen giebt es nicht. Besonders zu rügen ist die Sitte, Nervenheil- und psychiatrische Anstalten gewissermaassen als Hotels zu führen und den Patienten auf Bestellung Wein etc. vom Personal ohne Controle verabreichen zu lassen. Eine grosse Reihe nervöser Erscheinungen sind alkoholischer Natur; von schweren Trinkern stammen Psychopathen, von mässigen Neuropathen, diesen darf also vor allen Dingen ein Agens nicht zugeführt werden, das allein schon solche Erkrankungen hervorrufen kann. Ausserdem wäre in der Einführung der Temperenz in die Anstalten, von deren Möglichkeit Vortragender in seiner eigenen Anstalt sich hat überzeugen können, ein erzieherisches Moment für das Publikum gegeben, das die grosse Annehmlichkeit eines Lebens ohne Alkohol kennen lernen könnte.

Die Autorität aber, die Abstinenz durchzuführen, kann nur der haben, der dieselbe selbst einhält, deshalb sollten die Aerzte in erster Linie selbst sich vom Trinken aller alkoholischen Getränke frei halten. Die ausserordentliche Häufigkeit der chronischen Alkoholvergiftung bei Aerzten, die Vortragender mit Beispielen aus der Praxis und der Mittheilung stützt, dass unter den oben erwähnten 1500 Fällen 436 sich auf Aerzte bezogen, die sich selbst als Alkoholisten oder Morphio-Alkoholisten bezeichneten, berechtigt schon diese Forderung, um so mehr, als schon ein weit vorgeschrittenes Stadium anzunehmen ist, wenn sich jemand selbst als Alkoholist bezeichnet. Die gewöhnliche Definition des Gewohnheitstrinkers ist die, dass derselbe ein beträchtlich grösseres Quantum trinkt oder bedeutend weniger vertragen kann, als der um die Definition Ersuchte, und dass mit der Zunahme der Capacität dieses der Begriff immer weiter hinausgeschoben wird. Vortragender definirt den Begriff so: unter einem Gewohnheitstrinker ist Jeder zu verstehen, der gewohnheitsmässig, zumeist ohne eine Ahnung von den schädlichen Folgen zu haben, eine gewisse Menge alkoholhaltiger Getränke täglich zu sich nimmt. Denjenigen dann, der an den Folgen dieses Gewohnheitstrinkens derart physisch erkrankt, dass er nach immer grösseren Quantitäten verlangt, und nun, trotz erkannter Schädlichkeit nicht mehr die nöthige Energie hat, sich dem immer stärker werdenden Triebe zu entziehen, würde man als trunksüchtig bezeichnen müssen.

Weiter sollte der Arzt aus rein tactischen Gründen selber abstinent sein. Die Mässigkeitsbewegung hat in Deutschland deshalb wenig Boden gefunden, weil sie einerseits vielfach von Leuten in Bewegung gesetzt

Digitized by Google

wurde, denen die nöthige wissenschaftliche Autorität fehlte und die deshalb in den Ruf, Fanatiker zu sein, kommen, andererseits, weil eine Menge Leute ihren Mässigkeitsvereinsbetrag gewissermaassen als Prämie zahlten, um gegen eine falsche Auffassung ihrer eignen Unmässigkeit versichert zu sein. Das Wort wirkt nicht, nur das Beispiel. Vortragender wendet sich an die Herren, die seiner Anschauung nahe stehen, mit der Aufforderung des guten Beispiels wegen ganz zur Abstinenz überzugehen und schliesst folgendermaassen:

„Die Stellung des Arztes der Alkoholfrage gegenüber soll die sein: durch eignes Beispiel und durch Belehrung nach aussen die Abstinenz von allen alkoholischen Getränken zu fördern und jede Gelegenheit wahrzunehmen, diese Stellung auch den Trinkunsitten der Gesellschaft gegenüber zu begründen und aufrecht zu erhalten."

Denn in der Abstinenz haben wir die Prophylaxe, die eine Krankheit unmöglich macht, die mehr materielle, moralische und physische Opfer fordert, als Krieg und Pestilenz, und der wir es zu danken haben würden, dass unsere Nachkommen mit einer ganz anderen physischen und moralischen Kraft und Frische würden den Kampf ums Dasein kämpfen können, als wir, die wir erst mühsam unsern geistigen Bestand durch den Trinkcomment der Gesellschaft und des Universitätslebens in die Praxis haben hinüberretten müssen, belastet in gleicher Weise durch das Erbtheil der Sünden unserer Väter und die eigene Verschuldung — mit der Schwäche gegen den Hauptfeind jeder geistigen und körperlichen Arbeit: den Alkohol!

Discussion: *Dittmar* glaubt, dass doch praktisch recht grosse Schwierigkeiten der Einführung der Abstinenz in Anstalten, die wie die seine in einem Weinlande liegen, im Wege stehen.

Smith erkennt die Schwierigkeiten an; er möchte nur die Stellung der Versammlung seinen Anschauungen gegenüber kennen.

Kraepelin erklärt sich in allen wesentlichen Punkten mit den Anschauungen des Vorredners einverstanden und tritt auf das Wärmste dafür ein, dass die Aerzte, und namentlich die Irrenärzte, mit aller Kraft dem Alkoholmissbrauche entgegenarbeiten sollten. Er weist auf den für uns Deutsche in hohem Grade beschämenden Unterschied zwischen der Nüchternheit der Süditaliener und den geradezu entsetzlichen Erfahrungen in unseren Grossstädten hin und giebt der Ueberzeugung Ausdruck, dass die Alkoholfrage nicht mehr und nicht weniger in sich schliesse, als die Zukunft der auf das höchste gefährdeten germanischen Rasse. Er macht auf die Gefahr des Alkoholgenusses bei Epilepsie und gewissen Formen der angeborenen Demenz mit impulsiven Acten aufmerksam und ebenso auch auf den Missbrauch des Alkohols bei der Morphiumentziehung.

Kirn glaubt, dass praktisch mehr erreicht wird, wenn vorläufig eine mässige Alkoholabstinenz erstrebt wird.

Digitized by Google

Kraepelin erwidert, dass bei psychopathischen Zuständen nur durch die totale Abstinenz etwas zu erreichen sei.

Auf Anregung *Kirn*'s schlägt *Kraepelin* vor als Thema für die nächste Versammlung „die Alkoholfrage" zu wählen. Die Versammlung ist damit einverstanden und wählt zu Referenten die Herren Dr. *Smith*-Marbach und Privatdocent Dr. *Sommer*-Würzburg.

7. Dr. *Beyer*, Zur Pathologie der acuten hallucinatorischen Verworrenheit.

Zum weiteren Ausbau der Lehre dieser Psychose genügt es nicht, die Grenzen gegen andere Krankheitsformen festzustellen, sowie die „symptomatische" Verwirrtheit abzutrennen und in den Kapiteln Epilepsie, Alcoholismus etc. abzuhandeln. Es bleiben vielmehr unter dem Begriff „idiopathischer" Verwirrtheit, der Amentia im engern Sinne, noch recht viele, nach Aetiologie, Verlaufsart und Dauer verschiedene Fälle vereinigt, so dass eine weitere Eintheilung pathologisch berechtigt und praktisch erforderlich erscheint.

Zu diesem Zwecke trennt Vortragender eine Gruppe von Fällen ab, welche sich auszeichnen durch eigenartigen raschen und milderen Verlauf und Auftreten etwa zwischen 50—56 Jahren, also in einem Lebensalter, in welchem die typische Form der Verworrenheit zu fehlen scheint. Prädisponirende Elemente (schwere hereditäre Belastung, Imbecillität, Epilepsie, Alcoholismus etc.) fehlten ebensowohl wie eine acute specielle Aetiologie (körperliche Erkrankung, Intoxication etc.). Wohl aber bestanden seit Monaten und selbst Jahren die so häufigen Beschwerden des klimakterischen Alters, nervöse Störungen, Kopfschmerz etc. Auf dieser Grundlage entstand in Folge anhaltender psychischer Schädlichkeiten (Familienstreitigkeiten, Processe etc.) eine stärkere Depression mit Beeinträchtigung des Schlafs und der Nahrungsaufnahme, welche in wenigen Wochen zur Erschöpfung und damit zum Ausbruch der eigentlichen Psychose führte. Plötzlich trat Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen (vorzugsweise Gehörshallucinationen) und entsprechender Erregung und Stimmung auf, welche in schwankender Intensität zwei bis drei Wochen andauert. Alle Symptome sind minder hochgradig wie bei der typischen Verworrenheit. Zeitweise fehlen die Sinnestäuschungen; die Verwirrtheit aber besteht fort und wird häufig von den Kranken selbst empfunden und geklagt. Störungen des Affects und motorische Erregung sind wohl nicht primär, sondern als Folgen der Sinnestäuschungen aufzufassen. — Nie bildet sich ein maniakalisches oder stuporöses Stadium aus.

Die Besserung vollzieht sich allmählich. Zuerst scheinen die Hallucinationen auszubleiben und damit die secundären Symptome. Die Kranken beschäftigen sich jetzt mehr mit der Umgebung, in welcher sie sich nicht zurechtfinden; sie sind daher misstrauisch und reizbar. In 2 bis 4 Wochen schreitet die Aufklärung fort, gleichzeitig mit Hebung des kör-

Digitized by Google

perlichen Ernährungszustandes, schliesslich kommt völlige Klarheit und Einsicht, oft nach einem Besuch der Angehörigen oder auch erst nach der Heimkehr, welche im Allgemeinen in der 6.—8. Woche nach Ausbruch der Verwirrtheit erfolgen konnte. Die Patienten bleiben gesund, sind sogar wohler wie vorher.

Nach kurzer Besprechung einzelner Punkte der Symptomatologie begründet Vortragender die Abgrenzung der geschilderten Form. Gegenüber den verschiedenen Arten von Melancholie und acuter Paranoia gelten im Allgemeinen dieselben Merkmale, wie bei der Verworrenheit. Die Annahme eines periodischen Irreseins, an welches der kurze Verlauf denken liesse, ist auszuschliessen wegen Fehlens einer chronischen, auch nach Ablauf des einzelnen Anfalls verbleibenden pathologischen Grundlage (meist bei hereditärer Belastung); vielmehr ist der Ausbruch der Psychose durch äussere Schädlichkeiten genügend motivirt; ihm geht ein deutliches Prodromalstadium voraus. Unter den Erschöpfungspsychosen ist das Collapsdelirium durch seine acute Aetiologie, die Heftigkeit und Constanz der Symptome, den elementaren Bewegungsdrang, rascheren Verlauf und schnelleren Abschluss ausgezeichnet, die Dementia acuta durch tiefe intellectuelle Störung mit anderem Verlauf; alles das stimmt zu den besprochenen Fällen nicht.

Das Verhältniss seiner Form zu der hallucinatorischen Verworrenheit, wie sie bisher geschildert worden ist, wagt Vortragender auf Grund seines Materials (nur weibliche Kranke) nicht zu entscheiden. Entweder handelt es sich um zwei nahestehende, aber doch genügend zu trennende Krankheiten, von denen die eine in jüngeren Jahren, die andere im „klimakterischen Alter" vorkommt, oder es sind verschiedene Erscheinungsformen derselben Krankheit, welche nur durch das Lebensalter modificirt sind. Die in Rede stehende Form würde ihre Besonderheit wohl nicht durch das Klimakterium, sondern durch die körperlichen Veränderungen der beginnenden Involution (z. B. im Gefässsystem) erhalten.

Es bleibe weiteren Beobachtungen überlassen zu entscheiden, in wie weit diese Aufstellung einer klimakterischen Form der acuten hallucinatorischen Verworrenheit zu Recht besteht, und wie sich die Beziehungen zu den verwandten Psychosen gestalten.

Ausführliche Veröffentlichung wird im Archiv für Psychiatrie erfolgen.

8. Dr. *Aschaffenburg*-Heidelberg, Ueber Initialdelirien bei Typhus.

Am 30. April 1893 wurde der Heidelberger psychiatrischen Klinik eine 30jährige Kleidermacherin in einem Zustande hochgradigster Erregung zugeführt. Sie wischte und streifte an ihrem Körper herum, Kopf und Augen in anhaltender Bewegung. Sie verfolgte anscheinend Erscheinungen in der Luft, horchte, kurz, es hatte den Anschein, als ob sie massenhaft hallucinire. Es bestand keine auffallende Stimmungsanomalie, ein geringer

Digitized by Google

Grad von Ideenflucht, die Bewegungen waren z. Th. wohl durch Hallucinationen, z. Th. wohl auch durch motorische Erregung ausgelöst. Die Benommenheit der Patientin liess eine Intelligenzprüfung nicht zu, sie reagirte nicht auf Fragen, verflocht aber in ihre Reden ab und zu die Aeusserungen einer Mitpatientin. Körperlich war die Kranke nicht zu untersuchen, doch fühlte sie sich nicht heiss an.

Der begleitende Bruder gab das Bestehen einer geringen Familiendisposition zu. Die Kranke war stets etwas reizbar, hatte immer fleissig, aber nicht allzu angestrengt gearbeitet. In der Nacht vom 27. zum 28. April hatte sie nicht geschlafen, sich aber bis zum Morgen des 29. wohl gefühlt. Nachmittags war sie unmotivirt grob, klagte über Herzklopfen, wurde immer erregter, schrie, sie müsse sterben, solle hingerichtet werden, sie sei der ewige Jude; schlug um sich und hallucinirte. In der Nacht etwas ruhiger, begann am 30. Morgens ihr Toben von neuem, so dass sie noch am gleichen Tag uns zugeführt wurde. In der Nacht zum 1. und dem folgenden Morgen war Patientin in anhaltender Unruhe. Sie rutschte auf dem Boden herum, nestelte an den Kleidern, den Haaren, zog andre Kranke aus dem Bett, ganz dessinlos das anfassend, was ihr grade in die Hände fiel, dabei fortwährend vor sich hinschwatzend, auffallend unsicher auf den Beinen. Brutal gewaltthätig, rücksichtslos, auch gegen sich. Es gelang erst nach Einflössung von $^1/_2$ Liter Rothwein die bis dahin total abstinirende Kranke in einem mit hohen Seitenwänden versehenen Bett zu halten. Sie wischte und tappte anhaltend umher, sprach mit ihren Hallucinationen, fühlte sich etwas heiss an, war aber nicht zu messen. Die Hände zeigten unsichere, stossweise Bewegungen, die Zunge war trocken, rissig und stark belegt. Puls 144. Nachmittags war die Patientin etwas ruhiger, sie sprach nur leise vor sich hin, reagirte auf einzelne Fragen insofern, als sie zu antworten begann, dann aber ideenflüchtig abschweifte. Einzelne Aufforderungen wurden befolgt. Es hatte den Anschein als sei Patientin mehr benommen als verwirrt, wenn sie sich im Bette erhob, so taumelte sie wie betrunken hin und her. Einmal fester Stuhl ins Bett. Noch bevor das Abends 7 Uhr 38,4 betragende Fieber gemessen war, wurde die Diagnose eines Typhusdelirs in Erwägung gezogen. Am andern Morgen war die Kranke ruhiger, sie krabbelte mit stierem Ausdruck im Bett herum; Temp. 37,5. Um $^1/_2$3 wurde sie noch klarer, sie bat spontan um Wasser, da ihre Zunge so trocken sei. Auf Fragen gab sie an, 30 Jahre alt zu sein, im Augenblick habe sie keine Kopfschmerzen, den Arzt nennt sie einen Studirenden. Eine genaue Untersuchung ergab ausser einer mässigen Schmerzhaftigkeit der Ileocoecalgegend nichts. Mittags war ein wässriger Stuhl ins Bett erfolgt, gegen Abend Nasenbluten. Temp. 39,0.

Am 3. Mai wurde Patientin in der Klinik demonstrirt. Sie lag ruhig im Bett, zitternd, allerhand reibende Bewegungen machend, mit zufriedenem, heiteren Gesichtsausdruck. Auf Verlangen zeigte sie die mit brauner Kruste belegte trockene und rothe Zunge, sonst keinerlei Reaction

Digitized by Google

auf Anreden. Die Diagnose wurde auf Initialdelir bei Typhus abdominalis gestellt; das Aufhören des Delirs sei in wenigen Tagen zu erwarten, dagegen sei die Prognose quoad vitam sehr ernst. Nach kurzer Aufhellung des Bewusstseins verfiel die Kranke in mussitirende Delirien unter typischer typhöser Benommenheit. Das Fieber war sehr irregulär, der Kräfteverfall ein sehr schneller. Am 6. Mai war die Temperatur vorübergehend sogar 36,3. Die bis dahin fast fehlenden Entleerungen traten am 6. Mai um 5 Uhr Abends unter colossalem Wasserverlust des Körpers auf, und, als um den Collaps aufzuhalten 2 Mal grosse Kochsalzinfusionen gemacht wurden, stieg die Temperatur von 37,3 auf 41,3 bis zu dem andern Morgens eintretenden Tod.

Die Autopsie ergab: Hyperplastische Milzpulpa, Hyperämie und geringe Schwellung der folliculären Apparate des Darmes, Hämorrhagien der Schleimhäute und der serösen Häute. Hypostase des rechten Unterlappens. Albuminöse Trübung der Nieren und der Leber. Trotz negativen Ausfalls der Culturversuche und der Untersuchung von Schnittpräparaten der Milz und des Gehirns bleibt bei dem Fehlen jeder sonstigen anatomischen Veränderung nur die Diagnose des Typhus übrig.

An dem Ort, aus dem Pat. stammte, war kurz vorher eine vorwiegend mit Gehirnerscheinungen verlaufende Typhusepidemie aufgetreten.

Durch diesen Fall veranlasst, stellte sich Vortr. aus der Literatur einige gut beobachtete ähnliche Fälle zusammen und berichtete mit seinem und 2 noch unveröffentlichten aus der Dorpater Klinik stammenden Fällen über 17 Initialdelirien bei Typhus. 7mal fiel das Auftreten der Delirien vor dem Fieberbeginn, spätestens zeigten sie sich am Ende der 1. Woche. Die Dauer betrug meist nur wenige Tage. Einige Male schlossen sich theils direct, theils nach kurzem Intervall Fieberdelirien an.

Die Typhusfälle waren durchaus nicht besonders schwer, manche waren sogar ganz leicht, doch starben 6 von 17 Kranken.

Es scheint, als ob sich die initiale Betheiligung der Psyche bei Typhus in 2 verschiedenen Formen abspiele, deren nahe Verwandtschaft durch bestimmte gemeinschaftliche Symptome und durch Uebergangsformen klar wird. Die 1. Form hat Aehnlichkeit mit den nach dem Ablauf des Fiebers auftretenden traumhaft-deliriösen Ideen (conceptions délirantes der Franzosen), und ebenso mit den in dem fieberlosen Intervall zwischen Eruptions- und Eiterfieber der Variola auftretenden Psychosen, die nur etwas zusammenhängender zu sein pflegen. Die Kranken behaupten, man elektrisire sie, sind von Geheimpolizisten umgeben, sind von einer Kröte schwanger. Diese Ideen werden durch Hallucinationen verstärkt. Die Kranken sind dabei unruhig, ängstlich, nicht selten gewaltthätig, zuweilen aber auch eher still und benommen. Häufig schliesst sich daran noch ein Stadium grösserer Erregung, in dem sie unzusammenhängend reden, völlig verwirrt sind und sich dadurch mehr dem Krankheitsbild der 2. Gruppe nähern. Diese Kranken sind völlig verwirrt, gestikuliren, zerreissen, wälzen sich umher, reden

Digitized by Google

unzusammenhängend, theilweise ideenflüchtig, reimen, beten und singen. Stimmung bald heiter, bald ängstlich; dazwischen werden einzelne deliriöse Ideen (sie haben die Familie entehrt, sollen verbrannt werden) geäussert. Durchweg aber scheint beiden wohl nur graduell verschiedenen Formen ein Zug gemeinsam zu sein: die schwere Benommenheit, die auch dem Bewegungsdrang und den ideenflüchtigen Reden ihren Stempel aufdrückt.

Ernstere differentialdiagnostische Schwierigkeiten werden wohl nur den Erschöpfungspsychosen, der Paralyse, den epileptischen und Intoxicationsdelirien gegenüber eintreten. Milzschwellung, Fieber, das Bestehen einer Typhusepidemie im Ort einerseits, voraufgegangene erschöpfende Einflüsse, frühere epileptische Zustände, chronischer Missbrauch von Giften, schleichende Entwicklung andrerseits sind wichtige Anhaltspunkte. Schwieriger ist die Diagnose beim Fehlen somatischer Symptome und anamnestischer Daten.

Bei der Amentia spielen meist die Hallucinationen eine grössere Rolle, der Kranke reagirt sowohl auf seine Sinnestäuschungen wie auf äussere Reize lebhafter und wenn — wie beim Collapsdelirium — die Aufmerksamkeit durchaus nicht zu erregen ist, so ist dafür die spontane Aeusserung motorischer Impulse um so grösser. Die Kranken sind lebhafter, es besteht keine solche Betäubung wie beim Typhus.

Das Gleiche gilt für die hochgradigen Erregungszustände bei Paralyse. Auch hier wird die Benommenheit nicht so hervortreten gegenüber den elementaren motorischen Entäusserungen. Man wird auf Grössenideen zu achten haben. Auch positive Symptome Seitens des Nervenapparats können, wenn auch mit Vorsicht, verwerthet werden. Hatte doch unsre Kranke deutlichen, wenn auch schnell erschöpfbaren Fussclonus.

Eben die Benommenheit, die die Differentialdiagnose mit der Amentia und Paralyse erleichtert, erschwert sie bei den epileptischen Dämmerzuständen. Hier müssen uns die charakteristischen Delirien der Epileptiker mit ihren expansiven Ideen, ihren religiösen Erscheinungen leiten. Das Vorkommen von Ideenflucht schliesst die Epilepsie aus. Endlich geht der Bewegungsdrang der Epileptischen mehr aus ängstlichen, wahnhaften Ideen hervor, während wir bei Typhusdelir oft auch centrale, motorische Impulse finden.

Die Intoxicationsdelirien bei Cocain, Haschisch, Atropin, Alkohol haben ihre durchaus charakteristischen Merkmale. Dass aber die sonstigen Intoxicationsdelirien wie bei Sepsis, Lyssa, Intermittenz, gelbem Fieber, eine Differentialdiagnose aus den psychischen Symptomen allein kaum zulassen, ist darin begründet, das die Initialdelirien beim Typhus wohl auch als Intoxicationsdelirien aufgefasst werden müssen.

Es bestehen eine Reihe von Theorien für das Zustandekommen dieser psychischen Symptome, von denen die irradiation nerveuse, die Auffassung, dass es sich um urämische Symptome handle, nur erwähnt werden mögen.

Besonders die Franzosen vertraten die Erklärung des Entstehens der

Digitized by Google

Psychose durch cerebrospinale Meningitis. In den 4 meiner Fälle, in denen die Section gemacht wurde, fand sich 2 Mal Hyperämie des Gehirns, aber nie Meningitis. Mit der Annahme einer Congestion — abgesehen, dass in den beiden Fällen (wie immer in Frankreich) die Section erst nach 24 Stunden gemacht wurde — ist auch noch wenig erklärt.

Am meisten angeschuldigt wird stets das Fieber, aber sicher mit Unrecht. Ich habe schon erwähnt, dass die Initialdelirien zu einer Zeit auftreten, zu der das Fieber noch fehlen kann, dass sie schwinden, wenn das Fieber am höchsten ist; auch ihre Verschiedenheit von den Fieberdelirien muss betont werden.

Atypischen Fieberverlauf, ja mehrtägige Fieberlosigkeit zugleich mit einer Gruppe eigenthümlicher und schwerer Hirnstörungen im Verlauf des Darmtyphoids hat *Gerhardt* (ebenso *Vallin* und *Liebermeister*) beschrieben. Als Erklärung nimmt er an, dass irgend ein Nebenprodukt der Lebensthätigkeit der Typhusbacillen sich entwickelt, das gleichzeitig die Wärme herabsetzt und die Hirnrinde beeinflusst wie ein narkotisches Alkaloid.

Ich glaube, dass unser Fall eine wichtige Stütze für diese Auffassung abgeben kann. Wie erwähnt, stieg die Temperatur nach 2maliger Kochsalzinfusion in wenigen Stunden um 4°. Dass es sich hier nicht um Aufhebung der Collapserscheinungen handelte, ging daraus hervor, dass die Pulsfrequenz sich nicht wesentlich änderte und dass vor Allem der Tod nicht aufgehalten wurde. Ich glaube eher der energischen Durchspülung des Körpers mit etwa 2 Litern Kochsalzlösung und der dadurch bewirkten Wegschwemmung der Toxine diese Wirkung zuschreiben zu dürfen.

Damit wäre vielleicht ein Hinweis gegeben, eventuell frühzeitige therapeutische Versuche mit der fast mühelosen und durchaus ungefährlichen Anwendung von subcutanen Infusionen physiologischer Kochsalzlösung zu machen. Dass im Uebrigen solche Kranken in Irrenanstalten besser aufgehoben sind, als in Krankenhäusern, wo man fast ausnahmslos zur Zwangsjacke greifen musste, ist natürlich.

Discussion: *Nissl* hat ein in Alhohol gehärtetes Rindenstückchen des Gehirns des soeben geschilderden Falles (hintere Centralwindung R.) untersucht. Die Pia war abgezogen. Bei schwacher Vergrösserung (Methylenblaufärbung) zeigte die Rinde normale Configuration der Schichten; keine oder fast keine Vermehrung der nicht ganglionären Kerne; die Gefässe boten nichts Besonderes, waren aber bis zu den feinsten Verzweigungen mit rothen Blutkörperchen gefüllt, dazwischen befanden sich verhältnissmässig viel weisse Blutzellen.

Mit starken Systemen vermochte man unschwer die Veränderung an den Nervenzellen wahrzunehmen. Die einen boten relativ geringe Veränderungen, andere befanden sich im Zustande völligen Zerfalls, die weitaus grösste Anzahl derselben zeigte weit vorgeschrittene aber offenbar acute

Digitized by Google

Veränderungen, nicht unähnlich denen, die sich in der Umgebung eines experimentell erzeugten Herdes einige Tage nach erfolgter Infection finden. Wirklich intacte Nervenzellen habe ich in dem mir geschickten Stückchen nicht constatiren können. Die Veränderungen an dem Nervenzellenkörper bestanden darin, dass der für die gesunde Zelle scharf ausgeprägte Gegensatz zwischen den sich färbenden und den sich nicht färbenden Zellleibsubstanzen bei sämmtlichen Zellformen der Rinde verloren gegangen war und in Folge dessen die Struktureigenthümlichkeiten nicht mehr wahrgenommen werden konnten, insbesondere waren die am tiefsten gefärbten Körnchen und Knötchen, speciell die für die grossen Pyramiden charakteristischen spindelförmigen Körper nicht mehr sichtbar oder hie und da nur mehr angedeutet; nur an der Basis einiger Zellen fanden sich noch tiefer gefärbte Stellen. Bei fast allen Nervenzellenformen stellte der Zellleib ein etwas gequollenes blassgefärbtes Gebilde dar, in dem man hellere Lücken unterscheiden konnte. An noch weniger veränderten Zellen konnte man wohl im Spitzenfortsatz noch eine Streifung oder manchmal auch eine Art netzförmige Struktur angedeutet finden, aber das Alles war an der Grenze des Wahrnehmbaren, war verschwommen, unklar. In den höheren Graden war das ganze Gebilde noch blässer, noch verschwommener, die hellen Lücken so gross, so dass man fast den Eindruck erhielt, als ob es sich um einen Verflüssigungsprocess handelte. Die Fortsätze zeigten analoge Veränderungen, insbesondere fielen Verdickungen im Verlaufe der Fortsätze auf. Noch bemerke ich, dass im Gegensatz zu der klaren Contour der Nervenzellen, diese ebenfalls verschwommen, vielfach höckrig und wie angenagt erschien. Die Kerne zeigten sich, soweit man im Alkoholpräparat sehen konnte (*Weigert*'sche Mitosenfärbung), noch nicht in so hochgradig verändertem Zustande. Bis auf ganz wenige Ausnahmen fehlte die Veränderung, die ich Homogenisirung der Kerne nenne. Die meisten Kerne zeigten vielmehr jene Veränderung, die man passend Rareficirung nennen kann. Unter einer geringen Schwellung des Kernes wird das Kerngerüste und das Kernkörperchen immer feiner und spärlicher und die einzelnen Körnchen der Gerüstbälkchen rücken auseinander. Entweder atrophirt dann der Kern oder er zerfällt unter Defectwerden der Kernwand. Nirgends konnte ich fettige Degeneration der Nervenzellen oder einen körnigen Zerfall der Zellleibsubstanzen nachweisen.

Die Gliazellen zeigten im Allgemeinen eine gewisse Succulenz des Zellleibes, welche sich dadurch kund gab, dass sehr viele Zellkörper, die für gewöhnlich nicht wahrzunehmen sind, deutlich hervortraten. Ferner befanden sich einige Gliakerne in Karyokinese begriffen.

In den mit Blut angefüllten Gefässen waren auffallend viele weisse Blutzellen. Auch in den adventitiellen Scheiden waren letztere entschieden vermehrt. Im Gewebe selbst waren weisse Blutzellen, d. h. multinucleäre Gebilde nur vereinzelt nachzuweisen. Von einer Vermehrung nicht ganglionärer Kerne um die Nervenzellen war Nichts wahrzunehmen.

Digitized by Google

9. Dr. *Fürer*-Heidelberg, Ueber das Zustandekommen von Gehörstäuschungen.

Vortragender constatirte bei sich das Auftreten eigenthümlicher Gehörstäuschungen, als er einen Versuch mit Aetherinhalation machte, zu einer Zeit, in der er an einer im Verheilen begriffenen traumatischen Perforation des linken Trommelfells litt. Im Verlaufe des Versuches trat zunächst grosse Ueberempfindlichkeit gegen von aussen kommende Geräusche auf, sodann lebhafter werdendes Pulsiren im linken Ohre. Im Rhythmus und synchron mit diesem Pulsiren stellten sich in Form zwangsmässiger Gedankenvorstellungen kurze Worte resp. Laute ein, die intensiver wurden, bis schliesslich dieselben Worte deutlich als aus einer dem linken Ohre zugekehrten Ecke des Zimmers gerufen gehört wurden. Später konnten ähnliche Gehörstäuschungen bei einzelnen Kranken constatirt werden. Diese „Hallucinationen" zeichneten sich sämmtlich dadurch aus, dass sie rhythmisch reproducirt wurden, mehr oder weniger sinnlos zusammengestellte Wort- resp. Lautreihen repräsentirten und sich stetig wiederholten. Der Rhythmus ist vom Pulsschlage abhängig. Ohrenleiden waren in 3 der vom Vortragenden beobachteten 4 Fälle vorhanden.

Der Vortrag ist im Februarheft des Centralblatts für Nervenheilkunde (1894) abgedruckt.

10. *Nissl*-Frankfurt a. M., Mittheilungen über Karyokinese im centralen Nervensystem.

Bei der vorgerückten Zeit übergeht *N.* die diesbezügliche Literatur und beschränkt sich auf den Hinweis auf die grosse Bedeutung des Nachweises von Mitosen für die Pathologie des Centralorgans. Er streift dabei die Frage der Vermehrung der nicht ganglionären Kerne bei vielen Erkrankungen insbesondere bei der Paralyse und erwähnt, dass *Binswanger* in seiner neuesten Arbeit über die Paralyse die unzweifelhaft bestehende Vermehrung dieser Kerne nicht auf eine Proliferation der Gliaelemente zurückführt, sondern darauf, dass unter Ausfall von specifisch nervöser Substanz die Gliakerne näher aneinander rücken und dass ausserdem die lymphoiden Zellen sich vermehrt haben. Solche Auffassungen konnten Boden fassen, weil man mit den bisherigen Methoden nicht im Stande war, im menschlichen Centralorgan auf einfache Weise Mitosen nachzuweisen. Uebrigens theilt Vortragender der Versammlung mit Erlaubniss von Professor *Weigert* mit, dass letzterer entgegen den Behauptungen *Binswanger*'s in einem exquisiten Falle von ganz frischer Paralyse mit seiner neuen electiven Gliafasertinctionsmethode eine so hochgradige Wucherung der Gliaelemente nachweisen konnte, wie sie unmöglich kaum geahnt werden konnte. In Bezug auf die Lymphzellen bemerkt *N.*, dass nach seinen Untersuchungen die Wanderzelle im gesunden Organ ein überaus seltener Gast ist, dass aber auch unter krankhaften Umständen dieselbe nur eine

Digitized by Google

untergeordnete Rolle spiele und dass nur die infectiöse Entzündung eine grössere Ansammlung dieser Zellen bewirke. Daran anknüpfend spricht sich Vortragender über die sogenannten pericellulären Räume dahin aus, dass gewichtige Gründe dafür sprechen, dass es sich hierbei um ein Härtungsphänomen handelt, ebenso wie beiläufig bemerkt auch die unter dem Namen von cystöser Degeneration von *Pick* und Anderen beschriebenen Hohlräume, die *Nissl* bis zu einem gewissen Grade sogar absichtlich erzeugen kann.

Nissl theilt der Versammlung eine von Prof. *Weigert* herrührende Tinctionsmethode mit dessen Erlaubniss mit, die nach Alkoholhärtung eine leichte und wie es scheint auch sichere Darstellung der Karyokinesen im menschlichen Centralorgan gestattet und selbst dann noch, wenn die Section 12—15 Stunden post mortem stattgefunden hat. Controlirt wurde die Leistungsfähigkeit der Methode an Thiergehirnen, in denen die in Folge von Einstichen mit glühenden Nadeln experimentell hervorgerufenen Mitosen sowohl nach der alten Methode von *Flemming*, die *Nissl* in etwas anderer Zusammensetzung und mit Beifügung von Platinchlorid gebraucht, als auch mittels der neuen *Weigert*'schen Mitosentinction dargestellt wurden.

Nissl hat seither nicht nur Mitosen im Centralorgan des erwachsenen Thieres gefunden, sondern auch in der Hirnrinde von Paralytikern, senil Dementen und Alkoholisten, insbesondere theilt er einen Fall von sehr rasch verlaufender Urämie mit, in dem neben schwerer Verwirrtheit mit schreckhaften Hallucinationen ein tobsuchtsartiger Bewegungsdrang bestand und bei dem post mortem auffallend viele Gliazellen der Rinde sich in indirecter Theilung befanden.

Bisher hat Vortragender die in 96 pCt. Alkohol gehärteten Objecte nach der von *Weigert* herrührenden Vorschrift mit Gummi auf Kork geklebt und sie ohne Einbettung geschnitten. Die sehr feinen Schnitte kommen eine halbe Stunde lang in Tinctura ferri acetici Rademacheri (Einhornapotheke, Frankfurt a. M.), worauf sie oberflächlich mit Wasser abgespült werden, um sodann wiederum eine halbe Stunde lang in die *Weigert*'sche Hämatoxylinlösung (Hämatoxylin 1 : Alkohol 10 : 100 Wasser) zu kommen. Nach oberflächlichem Abspülen in Wasser werden sie kurz zur Differenzirung in 1 Salzsäure auf 100 70 pCt. Alkohol verbracht, um dann 10 Minuten in Wasser zu kommen, worauf nach Verbringung des Schnittes in Alkohol, Oel sein Einschluss in Balsam erfolgt.

Es werden nunmehr Präparate, Mitosen in der Hirnrinde des Menschen demonstrirt.

Der zweite von *Nissl* angekündigte Vortrag „Ueber eine neue experimentelle Untersuchungsmethode des centralen Nervensystems, speciell für die Bestimmung der Localisation der Nervenzellen" fällt wegen Zeitmangels aus.

Digitized by Google

11. Dr. *Sommer*-Würzburg, Die „Wärterfrage“ und die ärztliche Aufsicht.

Vortragender bespricht die allgemeinen Klagen über das Wartpersonal und die Wege, auf denen eine Besserung erstrebt wird. Er hält weder die Wahl des Personals aus höheren Gesellschaftskreisen, noch die Aufbesserung des Gehalts für den richtigen Weg. Er empfiehlt vor Allem die permanente Beaufsichtigung des Pflegepersonals durch die Aerzte. Es müsse deshalb bei dem Bau der Irrenanstalten schon auf eine zweckmässige Lage der Arztwohnungen Rücksicht genommen werden. Als das beste Mittel erscheint ihm die Verwendung von älteren Medicinern als Hilfskräften, die möglichst in oder neben den Abtheilungen wohnen müssten, und er hofft die Realisirung dieses Projects Hand in Hand mit der Einführung der Psychiatrie in den obligatorischen Unterricht.

Der Vortrag ist in der Zeitschrift für Nervenheilkunde (Dec. 1893) abgedruckt.

Schluss der Sitzung.

Dr. *Aschaffenburg*. Dr. *Vorster*.

Digitized by Google

Literatur.

Lic. Dr. *Fr. Zimmer,* Prof. der Theol., Dir. des ev. theol. Seminars in Herborn, Sünde oder Krankheit? Ein vergessenes Capitel aus der Theorie und Praxis der Seelsorge. — Lpz., Richter. 1894. 48 S.

Ein Theologe, der, abseits von der im vorigen Jahre zwischen Irrenärzten und einem Theile der Geistlichkeit entbrannten Fehde, die Lehrbücher der Psychiatrie studirt hat, bietet in vorliegendem Büchlein die Früchte dieses Studiums, soweit sie seinen Amtsbrüdern zur Klärung der im Titel genannten Frage nützlich sein können. Er meint, es verstehe sich von selbst, dass die Entscheidung darüber, ob psychische Entartung oder Sündhaftigkeit vorliege, nur von Psychiatern gegeben werden könne. Schon für diese sei diese Aufgabe oft schwierig, aber für den Seelsorger sei es wichtig zu wissen, ob etwa irgendwie die Möglichkeit eines organischen statt des zunächst vorausgesetzten ethischen Defects vorliege, in welchem Falle das Gutachten des Irrenarztes eingeholt werden müsse. Er hält daher auch für den Seelsorger ein bescheidenes Maass psychiatrischer Kenntnisse für nöthig, nicht um Irre zu behandeln, sondern um Irre zu erkennen, und wenn auch dies noch nicht, so doch so weit, um zu erkennen, in welchen Fällen man mit der Möglichkeit des Irreseins zu rechnen habe, damit der Seelsorger nicht schade, sondern beitrage, den Kranken rechtzeitig dem Psychiater zu übergeben.

Zu diesem Zwecke hat Verf. in geschickter Weise seine Anschauungen auf bekannten Lehrbüchern der Psychiatrie begründet.

Besondere Bedeutung erhält die kleine, aber anregende Schrift dadurch, dass ihr Verf. der Director des Predigerseminars ist, durch welches alle Theologen Nassaus zu wandern haben, ehe sie ihr Amt antreten.

Mit Geistlichen, welche den Geist dieses Schriftchens in sich aufgenommen haben, wird ein so bedauerlicher Streit, wie er uns im vorigen Jahre aufgenöthigt ward, nicht zu führen sein, im Gegentheil werden sie uns in demjenigen Streite, der uns Freude und Aufgabe ist, nicht nur thatlustige, sondern auch hülfreiche Bundesgenossen werden — in dem Streite gegen Krankheit und Vorurtheil. *L.*

Digitized by Google

Die Selbstmorde in der Preussischen Armee. Mit einer Karte in Steindruck. — Berlin, Mittler. 1894. 16 S.

Diese Schrift ist von geringem Umfange, aber nach ihrem Inhalte von um so grösserer Bedeutung. Sie beruht auf actenmässigen Unterlagen, legt die Verhältnisse klar ohne jede Verschleierung der Thatsachen und giebt so auch denen, welche ausserhalb der Armee stehen, Gelegenheit, sich ein objectives Urtheil zu bilden und mit ihrem Wissen die Militärverwaltung in der Beseitigung von Uebelständen zu unterstützen. Dass das Bestreben hiernach auch bisher vorhanden war und Erfolge aufzuweisen hat, geht aus der Schrift selbst deutlich hervor.

Wir referiren erst über ihren Inhalt. Es wird zunächst durch die Statistik aus verschiedenen Ländern dargelegt, dass mit der Culturentwicklung der Nationen die Zahl der Selbstmorde steigt, wobei Raçe, Abstammung und Religionsbekenntniss, auch die Jahreszeiten nicht ohne Einfluss sind, so dass z. B. im Winter die Ziffer der Selbstmorde am geringsten, im Juni in der Regel am grössten ist. Diese Thatsachen in der Bevölkerung im Allgemeinen machen sich auch in der Armee bemerklich und diese Regelmässigkeit der Selbstmordstatistik wird durch Zahlen nachgewiesen. Die österreichische und preussische Armee hat grössere Verluste durch Selbstmord, als die der anderen Nationen. In der deutschen Armee gab es 1876—90 durchschnittlich 6,33, in der österreichischen 12,53, in der italienischen 4,07, in der französischen 3,33, in der belgischen 2,44, in der englischen 2,09 pro Mille Selbstmorde im Verhältniss zur Zahl der Soldaten. Im englischen Heere sind jedoch die Armeen in Indien und den Colonien nicht mit berechnet, andernfalls würde die Zahl sich erhöhen.

Es ist bemerkenswerth, dass „die Armeecorps im deutschen Heere mit der Zahl der Selbsttödtungen obenan stehen, zu deren Territorial- und Ersatzbezirken die als Gipfelpunkte der Selbstmordhäufigkeit bekannten Landestheile gehören". Die meisten Selbstmorde werden von den Unteroffizieren im August, von den Einjährig-Freiwilligen im März und August begangen, wo einerseits über die Capitulation, andrerseits über die Beförderung Entscheidung getroffen wird.

Im Verhältniss zur männlichen Civilbevölkerung im Alter von 20 bis 30 Jahren hat die preussische Armee das 1,8fache an Selbstmorden aufzuweisen. Doch wird in der Armee jeder einzelne Todesfall gerichtlich untersucht und es entgeht daher kein Todesfall der Feststellung, was natürlich bei der Civilbevölkerung nicht in gleichem Grade geschieht und geschehen kann.

Die gesammte Militärbevölkerung ist in den Städten untergebracht und in diesen zählt bei der männlichen Bevölkerung von 20 bis 30 Jahren der Selbstmord 4,1 pro Mille, auf dem Lande jedoch nur 2,7 pro Mille. Die überwiegende Zahl der Mannschaften besteht nur aus ländlichem Ersatz und tritt unerfahren den städtischen Verhältnissen gegenüber, entbehrt auch des Schutzes der Ehe gegen den Selbstmord. Die dienende

Digitized by Google

Klasse im Allgemeinen ist am stärksten mit Selbstmord belastet, kann jedoch im Civil leichter den Ort wechseln, im Militär nicht.

„Geisteskrankheit wird beim Militär als Beweggrund zum Selbstmorde erst dann als festgestellt angesehen, wenn bestimmte Zeichen von ausgesprochener Seelenstörung nachgewiesen werden können, während bei den Selbstmorden in der bürgerlichen Bevölkerung auf Geistesstörung nicht selten schon dann geschlossen werden mag, wenn sich ein äusserer Grund für den Selbstmord überhaupt nicht, oder wenigstens nicht ein zur Schwere der That im Verhältniss stehender erkennen lässt." Bei gleicher Anwendung dieses Maassstabes auf die Militärstatistik würde die Zahl der auf Geisteskrankheit zurückzuführenden Selbstmorde von Soldaten sich erhöhen und der Unterschied mit der Civilstatistik (7 pCt. gegen 29 pCt.) einen Ausgleich erfahren, während die hohe Ziffer der Selbstmorde aus unbekannter Veranlassung (32 pCt. gegen 18 pCt.) sich entsprechend vermindern würde.

Die Furcht vor Strafe mag in einer grossen Zahl die Ursache der Selbstmorde sein. Oft sind jedoch die Verstösse gegen die militärische Mannszucht unbedeutende und würden im Civil wenig Beachtung finden. Beim Unterofficier kommt dann die Rücksicht auf die Zukunft hinzu.

Ehrgefühl und Ehrgeiz sind gewaltige Klippen und die Selbstmordzahl ist z. B. bei den Unterofficieren doppelt so gross als bei den Gemeinen. Bei den Soldaten verhält sich der Selbstmord im 1. zum 3. Dienstjahre wie 3:1, was leicht erklärlich ist. Er wird „bei psychisch belasteten, willensschwachen oder geistig minderwerthigen Rekruten eher auftreten". Diese vor der Einstellung zu erkennen ist nicht immer möglich und Viele gehen aus dem militärischen Dienste auch gekräftigt hervor. „Es müsse aber Gegenstand unausgesetzter Sorgfalt sein, diese Minderwerthigen rechtzeitig zu entfernen und dies Bemühen zeige die Zahl der deshalb alljährlich Entlassenen."

Unberechtigt ist die Ansicht, dass die Höhe der Selbstmordziffer auf unangemessener Behandlung oder Misshandlung beruhe. Nur etwa 1,5 pCt. sind darauf zu schieben. Zu dieser Beurtheilung führt auch die Thatsache, dass „bei der gleichmässigen Ausbildung der Mannschaften in allen Armeecorps diese letzteren so grosse, regelmässig wiederkehrende Unterschiede in der Selbstmordziffer, die sich von 2,27 bis 9,13 pro Mille der Iststärke bewegt, aufweisen können. Eine Beschränkung eintreten zu lassen, ist fortgesetztes Bemühen der militärischen Behörden. Dass ihm der Erfolg nicht fehlt, ergiebt sich aus der fortschreitenden Verringerung der Selbstmordsterblichkeit im Heere, die seit 1880 von 7,6 pro Mille der Kopfstärke auf 4,52 pro Mille gesunken ist, während sie in der Bevölkerung Preussens fortwährend gestiegen ist[1]).

---

[1]) Um ein Beispiel anzuführen, zu welchen Erfolgen die Entwicklung der militärärztlichen Verwaltung Hand in Hand mit den Fortschritten der Gesammtmedicin geführt hat, sei erwähnt, dass im Kriege 1866 in der

Digitized by Google

„Zu dieser Verminderung der Selbstmordstatistik kann die öffentliche Meinung resp. die Presse beitragen, wenn sie mit besserer Kenntniss der Verhältnisse und besserer Einsicht in die möglichen Folgen der entstellenden Schilderungen des Looses der Soldaten entgegentritt und auf die Segnungen des militärischen Dienstes sowohl für den Einzelnen als für die ganze Nation hinweist."

Die kleine Schrift, deren Referat hier voransteht, führt in Versuchung, auf mancherlei Thatsachen einzugehen, die der Aufklärung harren, wie z. B. die überraschende Regelmässigkeit noch der wissenschaftlichen Erklärung entbehrt, bei fortgesetzter Aufmerksamkeit darauf sie aber finden wird. In unserer Fachschrift aber müssen wir uns darauf beschränken, nur das zu erörtern, was auf den Selbstmord als Folge von Geistesstörung Bezug hat. Die Psychiatrie hat gewaltige Fortschritte gemacht und dürfte in der Lage sein, zur Beschränkung der Selbstmorde in der Armee mitwirken zu können.

Die Militärverwaltung sorgt für die Ausbildung ihrer Aerzte in der rühmlichsten Weise, die Civilverwaltung hat ihr darin nicht nachkommen können. Jene hält darauf, dass jeder Militärarzt Unterricht in der Psychiatrie erhält, und hat die Macht, diese Verordnung durchzuführen. Für die Civilärzte ist der psychiatrischen Klinik noch nicht der ihr gebührende Rang neben der inneren, chirurgischen und geburthülflichen Klinik gewährt worden. Wäre dies der Fall gewesen, als der deutsche Verein der Irrenärzte darum petionirte, so dürften die jetzigen unverständigen Angriffe auf die Irrenanstalten und Irrenärzte kaum in so drastischer Weise vorgekommen sein. Die Civilbehörde hat den vorhandenen Vorurtheilen der Menge Rechnung getragen, anstatt ihr die Directive zu geben.

Während die Militärverwaltung in allen Fällen von Geistesstörung resp. Selbstmord in der Armee eine genaue Untersuchung des Einzelfalles ermöglicht und dadurch Handhaben gewinnt, welche zur Verminderung beitragen, ist in der Civilverwaltung noch keine sachverständige Centralbehörde geschaffen, welche mit gleicher Sorgfalt wenigstens in den Krankenanstalten die Selbstmorde untersucht und ähnliche Anstaltspunkte gewinnt. Eine private Enquête kann dies Ziel nicht erreichen, schon weil jede Anstalt, worin Unglücksfälle dieser Art vorkommen, eine unbefangene und sachgemässe Beurtheilung bei der jetzigen Einrichtung nicht mit Sicherheit erwarten kann. Die Erfüllung dieser Forderung und die bessere Ausbildung der Civilärzte in der Psychiatrie können aber zur Verminderung der Selbstmorde in der Armee beitragen.

Preussischen Armee ca. 5000 Mann durch die Waffen, ca. 6000 Mann durch Krankheiten oder an Verwundung starben, 1870—1871 die Zahl der an Krankheiten Gestorbenen weniger als die Hälfte der durch die Waffen Getödteten war. Die Sterblichkeit in Friedenszeiten ist jetzt über 77,5 pCt. geringer als in den Jahren 1830 bis 1840. *L.*

Digitized by Google

Wo bei der Recrutirung sich die Geistesstörung lebhaft äussert, besteht für den untersuchenden Militärarzt kein Zweifel. Schwieriger werden schon einzelne Formen von Paranoia erkennbar sein, wie ja auch der unberechtigte Lärm über Freiheitsberaubung durch Irrenanstalten zumeist von Paranoikern angestimmt wird, die die Unkundigen mit sich fortreissen. Simulation von Geistesstörung, um sich der Militärpflicht zu entziehen, dürfte nicht vorkommen, wie dies bei Epilepsie der Fall ist. Am schwierigsten aber dürfte es sein, den angeborenen Schwachsinn zu erkennen, worauf ja die vorliegende Schrift schon aufmerksam macht.

In solchen bei der Recrutirung schwer erkennbaren Formen von Geisteskrankheit und Schwachsinn, wo nur eine längere Beobachtung Klarheit schafft, erscheint es als Pflicht für die Hausärzte, durch ein Zeugniss über den objectiven Thatbestand den untersuchenden Militärarzt aufmerksam zu machen, oder, wo der Hausarzt fehlt, und den Militärarzt Zweifel beschleichen, würde dieser um so mehr die Untersuchung auf die objectiven Zeichen zu richten haben, nach körperlichen Entartungserscheinungen, nach Heredität etc. forschen. Betreffs der objectiven Symptome sei erwähnt, dass *Berkhan* [1]) auf eine gestörte Schriftsprache bei Schwachsinnigen aufmerksam gemacht hat. In der Neuzeit hat auch die Schule zur Klärung mitgewirkt, in sofern eine Anzahl einsichtiger städtischer Schulbehörden für die schwachbefähigten Schüler besondere Klassen eingerichtet und dazu befähigte Lehrer für sie angestellt hat. Nachforschungen hierüber werden, wo Zweifel auftauchen, zur richtigen Diagnose beitragen, sei es dass der Militärarzt bei der Einreihung der Rekruten in die Armee ihm besondere Aufmerksamkeit zuwendet oder ihn im Lazarath bis zur Feststellung des Thatbestandes beobachtet. Auch selbst dann wird seine Aufmerksamkeit und sein psychiatrisches Wissen erforderlich sein, wenn Fälle vorkommen, wo der militärische Dienst den minderwerthig Gefundenen kräftigt, was besonders dann zu erwarten ist, wenn, wie zuweilen bei Einjährig-Freiwilligen, durch vorhergegangenes Examen eine geistige Ermüdung eingetreten ist.

Es sei bei dieser Gelegenheit nur gestreift, von welcher Bedeutung eine vermehrte Kenntniss der Aerzte in der Psychiatrie auch für die Militärverwaltung werden könne, wenn ich auf den Vortrag des Dr. *Schwaab* [2]): „Ueber das häufige Auftreten von Geistesstörung bei Reservisten nach dem Kriege 1870/71“ aufmerksam mache, in der er namentlich paralytische Symptome vertreten fand. Der Vortragende konnte nachweisen, dass die bayrische Regierung noch nachträglich Pensionen gewährte, wozu sie nach dem Gesetze nicht mehr verpflichtet war. Und dies erinnert wieder daran, dass bei dem jetzt so ungemein vergrösserten Eisenbahnnetze und den be-

[1]) *Berkhan*, die Schreibstörungen bei Schwachbefähigten in gew. Beziehungen. Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1894. S. 107.

[2]) *Schwaab*, Allg. Ztschr. f. Psych. XXXVI, 479.

Digitized by Google

stehenden Unfallversicherungen die Kenntniss der traumatischen Neurose auch für die Militärverwaltung von Bedeutung geworden ist, welche wegen Verdachtes der Simulation eine vermehrte Kenntniss der Psychiatrie und Neuropathologie erforderlich macht.

Die Paralysis gen. progr. ist ebenfalls eine Krankheitsform, welche unter den Officieren häufiger vorzukommen scheint als in der Civilbevölkerung. Statistisch hat sich dies noch nicht feststellen lassen. Nun hat die neuere Zeit sich besonders bemüht, die den Beginn dieser Krankheitsform begleitenden Erscheinungen zu erforschen, ehe die Lähmung mit der Atrophie des Gehirns beginnt. Es wird die Hoffnung gehegt, dass eine Erkenntniss und eine ärztliche Behandlung in diesem Stadium der Krankheit noch Hoffnung auf Genesung darbietet. Aber auch abgesehen davon ist die Diagnose dieser Form für das Militär schon deshalb von Bedeutung, als einerseits der Officierstand durch das Verhalten der Kranken in der psychischen Schwäche nicht selten compromittirt wird, andrerseits in der Periode der Aufregung die Disciplin bedenklich erschüttert werden kann und die Neigung zum Selbstmord sich steigert. Von beiden Zuständen lassen sich betrübende Beispiele anführen.

Schon aus den vorliegenden Zeilen ersieht man, welche Fälle von Anregung obige Schrift gewährt, welcher Menge von Vorurtheilen sie zu begegnen vermag und welche weitere Forschungen und Mühen sie erforderlich macht. Die Medicina militaris, wie sie schon im vorigen Jahrhundert in der Literatur einen breiten Raum einnimmt, wie hat sie sich umgewandelt und wie tritt die humanitäre Seite jetzt erfreulich ans Tageslicht! *L.*

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Ueber Errichtung getrennter Anstalten für heilbare und unheilbare Geisteskranke.[1])

Von Prof. Dr. *Meschede.*

Die öffentliche Fürsorge für die Irren hat im gegenwärtigen Jahrhundert einen ausserordentlichen Aufschwung genommen und grossartige Leistungen aufzuweisen: in den letzten Decennien sind in Deutschland, wie nicht minder in den anderen Culturstaaten Irrenanstalten in grosser Zahl neu erbaut und eingerichtet worden.

Auffallender Weise sind die meisten dieser Anstalten nach einem System errichtet, welches in diametralem Gegensatz steht zu dem bisher für die Errichtung von Krankenanstalten ganz allgemein als zweckmässig anerkanntem Princip: die heilbaren von den unheilbaren zu trennen, das heisst für jede dieser beiden Kategorien besondere Anstalten zu errichten.

Während es bei Errichtung von Krankenanstalten für körperlich Kranke als selbstverständlich gilt, dass die zur Heilung bestimmten Anstalten von einer Belastung durch grosse Massen Incurabler frei zu halten sind, — und man daher stets Sorge getragen hat, für die Incurablen gesonderte Anstalten zu erbauen — ist man bei Errichtung von Anstalten für die Geisteskranken von diesem Princip abgewichen und zu dem entgegengesetzten Systeme übergegangen, die heilbaren mit grossen Massen unheilbarer Irrer zu umgeben und zusammen in eine gemeinschaftliche Anstalt unterzubringen!

Suchen wir die Gründe für diese frappante Thatsache, so finden wir, dass die Abweichung von dem sonst überall als zweckmässig erprobten Systeme der Trennung nicht einem psychiatrischen Bedürfniss ihren Ursprung verdankt, sondern lediglich financiellen Rücksichten:

Als nämlich die administrativen Köperschaften sich vor die Aufgabe

[1]) Vortrag gehalten auf dem XI. Congresso medico internazionale zu Rom in der Section VII für Psychiatrie und Neurologie am 4. April 1894.

Digitized by Google

gestellt sahen, ausser den für die heilbaren Geisteskranken bestimmten Heilanstalten auch noch „Pflege-“ oder „Bewahr“-Anstalten für die unheilbaren, insonders für die „gemeingefährlichen“ erbauen zu müssen, ist man auf die Idee verfallen — behufs Kostenersparniss — für jede der beiden Kategorien, nämlich für die Heilbaren und die Unheilbaren zwar gesonderte Krankengebäude zu erbauen, die Oeconomie- und Verwaltungsgebäude aber für beide Kategorien gemeinsam zu errichten und alles einer gemeinschaftlichen Administration und Direction zu unterstellen.

Hierdurch glaubte man gleichzeitig sowohl dem ärztlichen Postulat: die Heilbaren von den Unheilbaren getrennt zu halten — wie auch der Forderung grösstmöglicher Sparsamkeit genügt zu haben. Diese Idee hat sich begreiflicherweise des Beifalls der adminastrativen Corporationen zu erfreuen gehabt, und so sind denn die meisten der neuen Provinzial- und Landesirrenanstalten nach diesem System, dem System der sogenannten relativ verbundenen Irren-Heil- und Pflegeanstalten eingerichtet worden.

Die ursprünglich geplante Trennung der heilbaren von den unheilbaren Insassen dieser Anstalten hat sich aber im Laufe der Jahre immer weniger durchführen lassen, und so ist es gekommen, dass viele dieser Anstalten einfach combinirte oder gemischte Irrenanstalten geworden sind, und dass man auf das Princip der Trennung der beiden genannten Kategorien immer weniger Gewicht gelegt hat.

Besonders ist dieses der Fall gewesen, seitdem solchen Anstalten auch landwirthschaftliche Betriebe eingefügt und hierdurch neue, die incurablen mit den heilbaren zusammenführende Momente hinzugekommen sind.

Dass die financiellen Rücksichten durch dieses System im Allgemeinen ihre Rechnung gefunden haben, soll nicht bestritten werden; ebenso unbestreitbar aber ist es auch, dass die curativen Rücksichten dabei zu kurz gekommen sind.

Gegen die Belastung der Irren-Heilanstalten mit grossen Massen Incurabler sprechen eine Reihe der gewichtigsten Gründe:

Zunächst greifen hier dieselben Bedenken Platz, welche bestimmend dafür gewesen sind, dass die Anstalten für somatische Kranke nicht nach dem Princip der Combination, sondern nach demjenigen der Trennung erbaut werden, — Bedenken, welche hauptsächlich durch folgende, mit dem System der Combination verbundene Uebelstände begründet sind:

1. Die unvermeintliche Ansammlung grosser Massen von Incurablen pflegt eine Raumbeschränkung und in Folge dessen eine Beeinträchtigung der Aufnahme Heilbarer zn bedingen.

2. Die Erledigung der ärztlichen und namentlich auch der administrativen Geschäfte für eine nach Hunderten zählende Masse incurabler Pfleglinge bedingt nothwendiger

Digitized by Google

Weise eine sehr bedeutende Inanspruchnahme der Zeit und der gesammten Arbeitskraft des dirigirenden Arztes.

3. Da die Incurablen der durch den Heilzweck bedingten kostspieligeren Einrichtungen nicht bedürfen, sondern in erheblich einfacher und billiger ausgestatteten Anstalten untergebracht werden können, so muss die Placirung derselben in die für Heilzwecke eingerichteten Anstalten als unnöthiger Luxus erscheinen.

Sodann kommen aber speciell für die Irrenanstalten noch eine Reihe anderer gewichtiger Bedenken in Betracht, die sich aus der besonderen Natur der für diese Anstalt bestimmten Kranken ergeben, nämlich:

1. Der ungünstige Einfluss, den es auf einen frisch erkrankten Gemüthskranken doch haben muss, wenn er sich plötzlich in eine Anstalt versetzt sieht, die ihn als eine vorwiegend für unheilbare „Irre" bestimmte Anstalt bekannt ist — und wenn tagtäglich sich immer wieder grosse Massen solcher zu lebenslänglicher Detention bestimmter unheilbarer Irrer seinem Blicke darbieten.

Oder glaubt man wirklich, dass das Bewusstsein, in eine mit zahlreichen Incurablen angefüllte Irrenanstalt untergebracht zu sein, — auf einen noch einigermaassen seiner Sinne mächtigen Gemüthskranken beruhigend und hoffnungsbelebend wirken könnte? ist es denkbar, dass — wie man allerdings behauptet hat[1]) — gerade die Anwesenheit der Incurablen besonders geeignet sei, den neu eintretenden Heilbaren über den chokirenden ersten Eindruck der Sequestration hinweg zu helfen? Wird nicht vielmehr bei dem alltäglich sich wiederholenden Anblick so vieler Blödsinniger und Verrückter, Epileptiker etc., die alle oder doch grösstentheils bis zu ihrem Lebensende dort untergebracht sind — immer wieder der vielberufene Vers: „Lasciate ogni speranza — — —!" seinem Bewusstsein sich aufdrängen? —

Gegen die Verquickung der Irren-Heilanstalten mit den Irren-Pflegeanstalten spricht dann aber 2. noch besonders die Thatsache, dass durch dieselbe der Zugang heilbarer Geisteskranker ungünstig beeinflusst wird.

Es kann keinem Zweifel mehr unterliegen, dass viele Fälle frischer Psychosen lediglich aus dem Grunde gar nicht oder nicht frühzeitig genug einer Irrenheilanstalt übergeben werden, weil die Angehörigen sich nicht entschliessen können, den Kranken in eine Anstalt zu geben, die sich in ihrer Vorstellung vorwiegend als eine grosse Dépôtanstalt für Blödsinnige und Verrückte darstellt, aus der nur wenige als geheilt zurückkehren, und auch diese noch belastet mit dem Odium, Insasse einer solchen „Irrenanstalt" gewesen zu sein.

In Folge dessen fliessen den combinirten Irrenanstalten weniger heilbare Geisteskranke zu, als es der Fall sein

[1]) *Jehn*, Tagebl. d. N. f. V. S. 366, zu Magdeburg.

Digitized by Google

würde, wenn die Heilanstalt nicht mit dem Ballast der nach Hunderten zählenden Incurablen belastet wäre. Aus diesem Grunde ist auch die Zahl der Heilungen in diesen Anstalten vielfach hinter den Erwartungen zurückgeblieben — eine Thatsache, aus welcher selbstverständlich gegen die Leiter solcher Anstalten kein Vorwurf herzuleiten ist, — da ja diese Verringerung in der Hauptsache auf den mangelhaften Zugang Heilbarer zurückzuführen ist, — die aber doch alle Beachtung verdient, weil sie entnehmen lässt, dass solchergestalt ein Uebergewicht der Unheilbaren zu Ungunsten der Heilbaren nothwendiger Weise sich herausstellen muss.

Eine solche Präponderanz der Unheilbaren ist in vielen relativ verbundenen Irren-Heil- und Pflegeanstalten bereits zur Thatsache geworden, — und ist dieses neuerdings auch von hervorragenden Leitern solcher Anstalten in ihren amtlichen Berichten constatirt und als ein grosser Uebelstand beklagt worden, so namentlich von Medicinalrath Dr. *Hasse* in Königslutter, *Siemens* in Lauenburg und *Ludwig Meyer* in Göttigen.

Ich erlaube mir hier ganz kurz einige Stellen aus ihren amtlichen Berichten zu citiren.

So heisst es in dem Berichte des Directors der Braunschweigischen Heil- und Pflegeanstalt Königslutter, Medicinalrath Dr. *Hasse*, über die Thätigkeit der Anstalt vom 1. December 1865 bis 1. April 1891:

Seite 12: „Hieran möchte ich eine Bemerkung knüpfen, die leider eine traurige Perspective eröffnet. Ich habe die Beobachtung gemacht, das die Zahl der Heilungen vor 15 und 20 Jahren in unserer Anstalt eine verhältnissmässig viel grössere war, als in den letzten Decennien."

„Ich bin der Ansicht, dass der Charakter der Krankheitsformen sich im Laufe der Zeit wesentlich verändert hat, dass die Paranoiaformen, die eigentlichen Typen der meist auf hereditärer Grundlage beruhenden psychischen Entartungen in erschreckender Zahl gegen früher zugenommen haben und dass in der Ueberhandnahme dieser Formen ein Hauptgrund zu suchen ist, warum einerseits die richtige Zeit zur Aufnahme der Kranken in die Anstalt so oft versäumt, andererseits die Heilungen verhältnissmässig seltener werden und unsere Anstalten sich immer mehr mit unheilbaren Kranken füllen," ferner

Seite 13: „Wesentlich ungünstiger gestaltet sich dies Verhältniss, wenn wir die Heilungen und Besserungen im Vergleich zu der Zahl der überhaupt behandelten Kranken aus den einzelnen Jahren ziehen. Da finden wir laut Tabelle I 7489 Kranke und 595 Heilungen, resp. Besserungen, das heisst einen Procentsatz von 7,9 und nur Heilungen 352, das heisst einen Procentsatz 352:7489 von 4,7, ganz denselben wie in der Anstalt zu Göttingen nach dem letzten Bericht, und nur von 2,6 pCt. nach dem letzten Bericht aus der Anstalt zu München."

Digitized by Google

„Es ist dies ein beklagenswerthes Resultat in Rücksicht auf den Aufwand, der für diese Kranken in unseren öffentlichen Irrenanstalten gemacht wird und in Anbetracht der Thatsache, dass die Geistesstörung eine Krankheit ist, die thatsächlich in viel höheren Procenten mit Genesung endet, als wir sie aufzuweisen haben. Eine Erklärung hierfür ist allein in dem Umstande zu suchen, dass heilbare Kranke uns nur in verhältnissmässig geringer Zahl zugeführt werden!"

Seite 13: „So möchte ich hier erläuternd hervorheben, dass von den 411 Kranken, die am 1. April 1891 in der Anstalt anwesend waren, nur 11 als präsumtiv heilbar gelten konnten."

Professor *Ludwig Meyer* sagt in seinem, im klinischen Jahrbuch, Band 1, Seite 212, veröffentlichten Bericht über die psychiatrische Klinik in Göttingen — Seite 213:

„Geisteskrankheiten, welche sich noch in der Entwicklung befinden, an welchen sich dem jungen Arzte mit Deutlichkeit die wichtigsten Symptome demonstriren lassen, die sein Eingreifen später bestimmen sollen, sind mehr als selten, Aufnahmen sofort nach dem Ausbruche der Geisteskrankheit, welche, wie ich nach meinen eigenen, im Hamburger allgemeinen Krankenhause gemachten Erfahrungen bestätigen kann, in den Krankenhäusern grosser Städte keineswegs zu den Ausnahmen gehören, kommen hier überhaupt nicht vor."

„Um zu begreifen, in welcher Lage sich unter diesen Umständen der Leiter der psychiatrischen Klinik befindet, hat man sich nur vorzustellen, dass die Directoren der medicinischen und chirurgischen Universitäts-Kliniken vorzugsweise auf Siechenhäuser angewiesen wären."

Wie hieraus ersichtlich, ist *Hasse* geneigt, die Abnahme der heilbaren Fälle auf die Zunahme der Paranoia zurückzuführen, während *Ludwig Meyer* hauptsächlich das gegen die Irrenanstalten bestehende Vorurtheil anklagt.

Nun aber zeigt die Erfahrung, dass es an heilbaren Geisteskranken keineswegs fehlt und dass dieselben allen den Anstalten, die nicht mit dem Odium einer Anstalt für unheilbare Irre belastet sind, sondern schon durch ihren Namen ihre Bestimmung für Heilbare und zu lediglich temporärem Aufenthalt erkennen lassen, heilbare Kranke in grosser Zahl zuströmen, — mögen diese Anstalten Klinik, Krankenanstalt, Asyl oder Sanatorium heissen. Beispielsweise will ich erwähnen, dass während eines 12jährigen Zeitraums, nämlich vom 1. April 1880 bis zum 1. April 1892 im Ganzen 1910 Geisteskranke in die Irrenabtheilung der Königsberger Krankenanstalt aufgenommen worden sind und dass sich darunter 1142 präsumtiv Heilbare befunden haben — dass also 59,79 pCt. der Aufgenommenen

Digitized by Google

heilbare gewesen sind — und dass ein erheblicher Theil derselben frisch Erkrankte waren.

Diese Zahlen beweisen, — und eine 20jährige Erfahrung als Director der städtischen Krankenanstalt zu Königsberg hat es mir auch sonst bestätigt, dass ein Vorurtheil gegen die Unterbringung von Geisteskranken in curative Anstaltsbehandlung durchaus nicht vorhanden ist, sondern dass nur die Enlieferung frisch erkrankter Heilbarer in die vorwiegend mit incurablen Irren angefüllten und zu dauerndem resp. lebenslänglichem Aufenthalt bestimmten Irrenanstalten beanstandet wird.

Mag man nun diese Scheu der Familie, ihre frisch erkrankten Angehörigen einer solchen Anstalt zu übergeben, für berechtigt oder unberechtigt erachten, in jedem Falle haben wir mit der Thatsache als solcher zu rechnen, dass in Folge dieser Scheu heilbare Geisteskranke in viel geringerer Zahl in die mit Pflegeanstalten combinirten Anstalten gelangen als in die eigentlichen, nur zu temporärem Aufenthalt bestimmten reinen Heilanstalten.

Meines Erachtens würde sich die Sache sofort günstiger gestalten, wenn für die heilbaren Geisteskranken besondere Anstalten, etwa mit der Bezeichnung „Heilanstalt für Gemüthskranke“ neu eingerichtet würden und der Name „Irrenanstalt“ resp. „Irrenpflegeanstalt“ lediglich den für die unheilbaren Irren bestimmten Irrenpflege- und Bewahranstalten reservirt bliebe.

Bei der gegenwärtigen Sachlage aber kann es nicht ausbleiben, dass für viele heilbare Kranke, die bei rechtzeitiger Anstaltsbehandlung noch recht gut zu heilen gewesen wären, erst dann die Aufnahme in die combinirte Heil- und Pflegeanstalt nachgesucht wird, wenn es schon zu spät ist.

Angesichts der, wie nachgewiesen, mit dem gegenwärtig noch prädominirenden System der Vereinigung unheilbarer und heilbarer Geistesgestörter verbundenen schweren Uebelstände habe ich es für angezeigt gehalten, eine Remedur anzustreben, und schien mir der Gegenstand wichtig und würdig genug, ihn hier vorzutragen, zumal die beregten Uebelstände nicht allein in Deutschland Platz gegriffen haben, sondern, soviel mir bekannt geworden, auch in anderen Culturländern.

Ich schliesse mit der an Sie alle, insbesondere auch an die ausserdeutschen Collegen und Vertreter der Psychiatrie gerichteten Bitte, der von mir angeregten Frage Ihr Interesse gütigst zuwenden und dieselbe — losgelöst von administrativen Rücksichten — einer unbefangenen Prüfung unterziehen zu wollen.

Digitized by Google

Fall von Selbstverstümmelung. — Frau Taube, 22 Jahre alt angeblich hereditär absolut nicht belastet und körperlich gut entwickelt, auch früher stets gesund gewesen, war seit dem 13. April 1893 verheirathet. Sie gebar am 11. Februar cr. eine gesunde Tochter, hatte eine leichte Geburt, aber starken Blutverlust post partum. Am 21. Februar verliess sie das Bett, klagte gleich über heftigen Kopfschmerz und innere Angst. Sie wurde schnell so unruhig, dass man sie am 24. Februar in ein hiesiges Krankenhaus brachte, welches sie am 26. Februar an die städtische Irrenstation abgab.

Sie war bei der Aufnahme gut genährt, aber sehr blass, fieberfrei. Da sie unausgesetzt laut war, sang, betete, jammerte und keinen Augenblick an einer Stelle blieb, wurde sie isolirt. Trional, Opium änderte nichts an der Angst und Unruhe der Pat., die von ihrer Umgebung nicht die mindeste Notiz nehmend, nur mit sich vollauf beschäftigt, weder selbst eine Frage hatte, noch auf eine solche antwortete. Sie hatte keinen Schlaf, es litt sie überhaupt nicht im Bett, sie stand entweder still, oder leise jammernd und die Hände gegen einander reibend neben dem Bette. Anfangs ass sie, wenn auch widerwillig; zuletzt musste sie gefüttert werden.

Am 20. März Vormittags 10½ Uhr fand sie der Assistenzarzt, leise „mein Gott, mein Gott" jammernd, in einer Ecke der Zelle. Nach dem Grunde ihres Kummers gefragt, fasste sie seinen Arm, sagte nun wieder, „mein Gott, mein Gott" und hielt den jungen Collegen am Arm fest. Sie hatte in den letzten Tagen Oedema der Unterextremitäten, weil sie fast unausgesetzt stand; man legte sie aufs Bett, wo sie kurze Zeit ruhig verblieb. Um 12½ Uhr wurde sie von der Oberwärterin und einer Wärterin gefüttert. Als die Wärterin nach ¼ Stunde zurückkehrte, um nach ihr zu sehen, fand sie die Kranke blutüberströmt in der Nähe der Thür ruhig stehend, ein Augapfel lag unmittelbar an der Zellenthür, der zweite nicht weit davon. Der sofort herbeigerufene Arzt fand sie theilnahmlos dastehend, nur war sie noch blasser als gewöhnlich. Die Oberwärterin will die Worte gehört haben „diese Bilder, die Bilder".

Die Orbitae waren durch die geschwollenen, suffundirten Lider verschlossen, die Blutung gering. Frau Taube wurde verbunden, nach der chirurgischen Station des Krankenhauses gebracht, wo sie unter hohem Fieber (40°) am 22. März früh verstarb.

An den Bulbi hingen die Optici, jeder von gleicher Länge 4—5 cm und 1—1,5 cm lange Stümpfe der Muskeln, im Uebrigen waren die Bulbi nackt, glatt anucleirt. Die Trennungsflächen der Nerven und Muskeln waren unregelmässig gefranzt, schwach suffundirt.

Nach Messungen an der Leiche sind die Optici unmittelbar am Chiasma herausgerissen; der Tod muss (die Obduction wurde leider nicht gestattet) entweder durch Blutung in cerebro, oder acuteste Encephalomeningitis herbeigeführt sein.

Die Pat. war weder unmittelbar nach der That, noch sub finem an-

Digitized by Google

ästhetisch gewesen; sie hatte bei der Morphiuminjection, welche ihr nach der Selbstverstümmlung sofort gemacht war, gezuckt und Abwehrbewegungen gemacht.

Irgend welche Andeutung der Suicidial- oder Selbstverstümmelungsabsicht war der That nicht vorausgegangen.

Wie die Mehrzahl der Puerperalpsychosen, so fasste ich den Fall Taube als acut hallucinatorische Verrücktheit auf. Anhalt dafür, dass der That religiöser Wahn, Extase zu Grunde liegt, ist nicht vorhanden.

Es war eine That der Verzweiflung, zu welcher die „Bilder" das arme Weib gebracht hatten. Ich habe schon immer für die höchsten Grade der Rathlosigkeit von Kranken, welche unter der Qual schreck- und grausenhafter Hallucinationen zu leiden haben, die Bezeichnung der „hallucinatorischen Verzweiflung" als Zustandsausdruck gewählt und glaube, dass diese Bezeichnung auch durchaus das Richtige trifft.

Das Wärterpersonal trifft in diesem Falle so wenig ein Vorwurf, wie in den übrigen Fällen. Dr. *Freymuth.*

Neue Formulare der statistischen Irrenanstaltsberichte in Oesterreich.

Mit dem Jahre 1871 waren in Oesterreich in den amtlichen Formularien für statistische Berichte nur die Formen: Tobsucht, Trübsinn, Verrücktheit, Blödsinn, Geistesstörung mit Lähmung und Geistesstörung mit Fallsucht, angeführt und es mussten sohin alle in den Anstalten behandelten Formen in diese sechs Rubriken eingezwängt werden. — Schon seit einer Reihe von Jahren wurden für entsprechendere Abänderung dieser Formularien Wünsche laut von Seite der Anstaltsdirectorien, vom österreichischen Psychiatertage in Wien im Jahre 1885 und von Seite des niederösterreichischen Landessanitätsrathes. —

Hiedurch angeregt bestimmte das k. k. Ministerium des Innern das Fachgutachten des obersten Sanitätsrathes einzuholen und der nun setzte ein Specialcomité bestehend aus dem Präsidenten O.-S.-R. Hofrath Professor Dr. *E. R. von Hofmann*, — O.-S.-R. Hofrath Professor Dr. *Th. Meynert*, Sectionschef Professor Dr. *C. Th. von Inama-Sternegg* und dem Sanitätsreferenten im k. k. Ministerium des Innern, Ministerialrath Dr. *E. R. von Kusy* ein, um die Frage gründlich zu bearbeiten. —

Später wurde auch dem Comité noch der Director der nied.-österr. Landesirrenanstalt in Wien Reg.-Rath Dr. *M. Gauster* beigezogen. —

Auf Grund eines vom Hofrathe Professor Dr. *Th. Meynert* abgegebenen Gutachtens beantragte der Oberste Sanitätsrath durchgreifende Aenderungen des bestehenden Berichtschemas und wurde mit Erlass des Ministerium des Innern vom 24. Jänner d. J. — vom Jahre 1894 ab ein neues Formular eingeführt, welches von den Irrenanstaltsdirectoren Oesterreichs, als dem

Digitized by Google

heutigen Stande ihrer Wissenschaft entsprechend, freudigst begrüsst werden wird. —

Das neue Formular hat nun folgende Eintheilung:

I. Angeborene Geistesstörung:

1. angeborner Blödsinn, Idiotie (hieher auch Cretinismus gehörig);
2. angeborner Schwachsinn, Imbecillität (Schwachsinn mit Aufregung, moralische Irrsinnige).

II. Erworbene Geistesstörung:

a) einfache Geistesstörung:

1. Selbstanklagewahn, Melancholie;
2. Tollheit, Manie;
3. Verwirrtheit, allgemeiner Wahnsinn, Amentia;
4. Primäre Verrücktheit, Paranoia (hieher auch Querulantenwahn);
5. Periodische Geistesstörung, Psychosis periodica (hieher auch das circuläre Irrsein und Dypsomanie);
6. erworbener Blödsinn, Dementia (secundäre Geistesstörung, senile Demenz durch Trauma oder Asphyxie erworbener Blödsinn);

b) complicirte Geistesstörung:

1. paralytische Geistesstörung, Paralysis progressiva;
2. epileptische Geistesstörung, Psychosis cum epilepsia;
3. hysterische Geistesstörung, Psychosis hysterica;
4. neurasthenische Geistesstörung, Psychosis e neurasthenia (hieher Hypochondria, Zwangsvorstellungen, conträre Sexualempfindung);
5. Geistesstörung mit Herderkrankung, Psychosis e cerebropathia circumscripta;
6. Geistesstörung mit Pellagra, Psychosis ex pellagra;

c) toxische Geistesstörung:

1. Alcoholismus (einschliesslich Delirium tremens);
2. andere Intoxicationspsychosen (Morphinismus, Cocainismus, Chloralismus etc.).

III. Andere Pfleglinge:

1. Simulanten;
2. ohne Geistesstörung;
3. in Beobachtung. —

Die Nachweisung der persönlichen Verhältnisse, Civilstand, Confession, Geburtsland, Beruf, haben keine Aenderung erlitten, nur bei den Berufsarten wird im neuen Formulare zwischen berufsthätigen Personen und Familienangehörigen derselben unterschieden. —

In der 5. neuen Rubrik heisst es „hereditäre Momente", es waren geisteskrank: der Vater, die Mutter, das Elternpaar, Geschwister, Grosseltern, Seitenverwandte, und es war Potator: der Vater, die Mutter. —

Eine ebenso neue Rubrik ist die 8. „Krankheitsdauer vor Eintritt in die Anstalt", und endlich eine eigene Abtheilung, welche die Criminalitätsver-

Digitized by Google

hältnisse ersichtlich zu machen hat und zwar ist in derselben jedem Falle eine eigene Post No. gewidmet und sind folgende Nachweisungen zu führen:

1. Delict (Verbrechen, Vergehen, Uebertretung);
2. des (der) Geisteskranken Geschlecht, Civilstand, Beruf, Aufnahmsjahr, Diagnose (zur Zeit der Berichterstattung);
3. Kam aus der Strafhaft, aus der Untersuchungshaft, aus der Zwangs- oder Besserungsanstalt; —
4. erblich belastet;
5. war vor der Haft krank;
6. ob schon früher bestraft wegen Verbrechens, Vergehens, Uebertretung, wie oft bestraft wegen Vebrechens, Vergehens, Uebertretung. —

Schliesslich glaubt der gefertigte Berichterstatter nur noch hervorheben zu sollen, dass diese Formularien die Irrenärzte nicht nur erfreuen, sondern auch befriedigen werden und dürfte der Grund hiefür jedenfalls darin zu finden sein, dass der ausgezeichnete, leider zu früh verstorbene Fachmann, Hofrath *Th. Meynert*, die von nun an in Oesterreich gültigen statistischen Berichtstabellen für Irrenanstalten verfasste.

Dr. *Fridolin Schlagenhausen.*

Evangelischer Diakonieverein. — Es sind in diesen Tagen an alle deutschen Krankenhäuser Einladungen zur Betheiligung an dem vor Kurzem, durch Prof. *F. Zimmer* (Verf. von „Sünde oder Krankheit", cf. dieses Heft S. 248) begründeten „evangelischen Diakonieverein" versandt worden, und ich möchte mir im Anschluss daran erlauben, in dieser Zeitschrift mit wenigen Worten klar zu legen, inwieweit ich von diesem Unternehmen einen Nutzen gerade für die Irrenpflege erhoffe.

Die Klagen über ein geeignetes Pflegepersonal mehren sich immer mehr. Der beste Beweis für die Richtigkeit derselben scheint mir darin zu liegen, dass allmälig eine immer grössere Reihe von Anstalten trotz den entgegenstehenden und in den Frankfurter Beschlüssen zum Ausdruck gekommenen Bedenken dazu übergegangen sind, sich Hülfe bei den bestehenden Diakonissenanstalten zu suchen. Diese können in der That nach vielen Richtungen besseres Pflegematerial liefern, welches nur wegen der Abhängigkeit vom Mutterhause, wegen des von dort jederzeit herbeizuführenden Wechsels und vielleicht auch manchmal wegen einseitiger Anschauungen über erlaubte Geselligkeit und dergl. nicht in wünschenswerther Weise herangebildet werden kann. Ich möchte nun glauben, dass der „ev. Diakonieverein berufen sein kann, in absehbarer Zukunft auch nach dieser Richtung hin Gutes zu wirken".

Sein Zweck ist, die vielen weiblichen Kräfte der gebildeteren Stände, die zur Krankenpflege geeignet sind, aber von ihr mangels geeigneter Organisation bisher sich fern hielten, für diese Aufgabe zu gewinnen und

Digitized by Google

ihnen, ohne die strengen Formen der Diakonissenhäuser, einen Halt zu geben, der es ihnen zugleich ermöglicht, frei von der Sorge um die Zukunft allein ihrem Berufe zu leben. Wie sehr in dieser Richtung ein Bedürfniss besteht, beweisen die 120 Anmeldungen, die schon jetzt — Ende Mai — eingelaufen sind, bevor noch weitere Kreise von dem Unternehmen Kunde haben können. Um so strenger kann die Sichtung sein, und ich glaube, dass diejenigen, welche nach einjährigem Lehrcursus und nach gut bestandenem Examen aus dem „Diakonieseminar" in den Diakonieverband aufgenommen werden, ein in Sittlichkeit und Leistungsfähigkeit durchaus gutes Pflegepersonal darstellen werden.

Natürlich zunächst nur für die allgemeine Krankenpflege. Obwohl in dem bisher zu diesem Zwecke gewonnenen Elberfelder Krankenhause auch Geisteskranke in besondrer Abtheilung verpflegt werden und auch der Unterricht nach dieser Richtung sich erstrecken soll (die „Vorträge über Irrenpflege" von *Scholz* sind hierfür als Lehrbuch bestimmt), so ist doch die allgemeine Krankenpflege natürlich die Hauptsache. Aber auf dieser festen Grundlage werden diejenigen Mitglieder, die sich der Specialität der Irrenkrankenpflege zuwenden wollen, leichter sich in diese einarbeiten und mit den im Diakonieseminar erworbenen Kenntnissen und Anschauungen im Allgemeinen mehr leisten als Andre. Der Zusammenhang, welcher zwischen dem Verband und den einzelnen Mitgliedern besteht, kann aber nie Nachtheile mit sich führen, wie dies bei den jetzigen Diakonissen möglich ist, da der Verband keine Pflegerin gegen ihren Willen abberufen kann und keinerlei Einmischung in die inneren Angelegenheiten des Krankenhauses auszuüben vermag, während andrerseits das Krankenhaus bei etwaiger Entlassung die Zukunft der Pflegerin ausser Acht lassen darf. Dass in derartigen Verbandsmitgliedern, die ja aus gebildeten Kreisen hervorgegangen sind, die Anstalten auch leichter tüchtige Oberinnen heranziehen können, sei nur erwähnt.

Auf Weiteres hier einzugehen, muss ich mir versagen, zumal da die den einzelnen Anstalten übersandten Einladungen das Wesentliche enthalten, was die Bestrebungen des „ev. Diakonievereins" von ähnlichen Verbänden unterscheidet. Nur als ein auf dem so begonnenen Wege erreichbares Ziel möchte ich noch die Möglichkeit erwähnen, dass einzelne Anstalten, wenn erst genügende Kräfte herangebildet sind, auch in der Irrenkrankenpflege eine Anzahl von Pflegerinnen des Diakonieverbandes ausbilden, die dem jetzt so sehr fühlbarem Mangel an Pflegekräften in der Privatpraxis auf diesem Gebiete abhelfen können. Gewiss hat Jeder von uns Fälle erlebt, wo Kranke in der Familie oder doch ausserhalb der Anstalt ohne Nachtheil hätten behandelt werden können, wenn eine tüchtige, womöglich gebildete, Pflegerin zu haben gewesen wäre. *Hans Laehr.*

Digitized by Google

Aus Hannover. — Der gestern zusammengetretene Provinziallandtag wird sich auch mit zwei wichtigen, das Irrenheil- und -Pflegewesen, sowie das Landarmenwesen der Provinz betreffenden Vorschlägen des Provinzialausschusses zu beschäftigen haben. Der eine Vorschlag betrifft die bauliche Erweiterung der Irrenanstalt zu Göttingen und verschiedene bauliche Aenderungen und Verbesserungen an derselben. Es wird nämlich beabsichtigt, zwei für die Aufnahme der Kranken der sogenannten klinischen Abtheilung bestimmte Gebäude in den Anstaltsgärten neu zu errichten; ferner die jetzigen sogenannten klinischen Abtheilungen und die jetzigen Wohnräume für die Kranken erster und zweiter Klasse zu angemesseneren Wohnräumen für diese Kranken, die jetzige Dienstwohnung des Inspectors zu Geschäftsräumen für die Verwaltung, die jetzige Dienstwohnung des Directors im Administrationsgebäude zu einer Dienstwohnung für den Inspector und zu zwei Dienstwohnungen für den zweiten und dritten Gehilfsarzt umzubauen und endlich ein zur Dienstwohnung für den Director bestimmtes Haus in dem demselben überwiesenen Anstaltsgarten neu aufzuführen. Die Kosten aller dieser Bauten, welche dringenden Bedürfnissen der Göttinger Irrenanstalt abhelfen sollen, sind zu 131800 Mark veranschlagt und sollen, soweit sie nicht aus einem noch nicht verwendeten Restbetrage von 31291 Mark 94 Pf. früher zu Erweiterungsbauten bei der Göttinger Irrenanstalt bewilligter Mittel zu decken sind, aus dem Baureservefonds bestritten werden. Vom Ausschuss ist beim Landtage beantragt, die erforderlichen Mittel zu bewilligen. Der andere Vorschlag betrifft die Errichtung einer Irrenpflegeabtheilung bei der Corrections- und Landarmenanstalt zu Wunstorf, sowie verschiedene bei der letzteren zu treffende bauliche Aenderungen. Eine solche Pflegeabtheilung soll nämlich für aus den Provinzialirrenanstalten entlassene, einer weiteren Anstaltspflege benöthigte hilfsbedürftige Geisteskranke bei der Corrections- und Landarmenanstalt zu Wunstorf errichtet werden, und zwar auf Kosten des Landarmenverbandes. Zu diesem Zwecke ist vom Provinzialausschuss ein neben der Corrections- und Landarmenanstalt belegenes, 111,48 Ar grosses Grundstück der Gebrüder Meyer Oppenheimer für 9500 Mark bereits angekauft; auf demselben soll ein vorläufig für 80 männliche Kranke berechnetes Pflegehaus erbaut, ferner sollen aber auch die Verwaltungsräume der Anstalt erweitert, auch ein die erforderlichen Büreauräume und die Wohnung eines Oberaufsehers enthaltendes besonderes Verwaltungsgebäude errichtet werden. Der Ausschuss hat beim Landtage beantragt, die zur Zahlung des Kaufpreises, Ausführung der Bauten und Anschaffung des Hausraths für Pflegehaus und Verwaltungsgebäude erforderliche Summe von 104000 Mark zu bewilligen und das Landesdirectorium zu ermächtigen, solche sei es bei der Landescreditanstalt oder einem ähnlichen Institut anzuleihen, sei es aus einem der Provinzialfonds zu entnehmen, und zwar gegen Verzinsung und allmälige jährliche Abtragung mit zusammen 10 pCt. Auch dieser Vorschlag bezielt die Be-

Digitized by Google

friedigung eines dringenden Bedürfnisses (Hannov. Courier v. 13. Februar 1894).

Aus Kgr. Sachsen. — Die nach den Verwilligungen durch die Landstände mit einem Kostenaufwande von etwa $1\frac{1}{2}$ Millionen Mark neu errichtete Landes-Irrenanstalt im unmittelbar an die Colditzer Flur angrenzenden Orte Zschadrass geht ihrer Vollendung entgegen, wird dem Vernehmen nach bereits vom 1. Juli an eine selbständige Anstalt bilden und in den 16 villenartigen, in Ziegelrohbau ausgeführten Gebäuden etwa 400 Geisteskranken Aufenthalt bieten. Die Gebäude werden elektrisch beleuchtet und mit gärtnerischen Anlagen umgeben, so dass für die Insassen nach jeder Richtung hin Bedacht genommen worden ist und die Gesammtanlage zu einer wahren Musteranstalt gestaltet wird. In den seit etwa 20 Jahren in unmittelbarer Nähe der neuen Anstalt errichteten Baracken und den Wohnhäusern der im Orte vom Staatsfiskus aufgekauften Bauerngüter waren bisher etwa 350 Geisteskranke, welche sich theilweise mit landwirthschaftlichen Arbeiten beschäftigten, untergebracht.

Aus der Rheinprovinz. — Der freien Pflege von Geisteskranken wird nach längern Verhandlungen in der Nähe von Lüttringhausen eine neue grosse Anstalt gewidmet werden. Ein vorzüglich gelegener Grundbesitz von 144 Morgen Umfang mit schöner Eichen- und Fichtenwaldung wurde zu dem Zweck erworben; die nöthigen Mittel zum Bau werden aus der rheinischen Provincialkasse bis zum Betrage von 500000 Mark als Darlehn gewährt. Der Landesdirector hat sich ein weitgehendes, erschöpfendes Aufsichtsrecht über die Leitung gesichert und bleibt berechtigt, seinen Vertreter zu allen Berathungen mit Stimmrecht zu entsenden. Den Betrieb selbst wird der evangelische Verein für innere Mission in die Hand nehmen. Man rechnet zunächst auf zweihundert Pfleglinge beiderlei Geschlechts und hofft mit ihrer Aufnahme am 1. April 1896 beginnen zu können. Unter dem Vorsitz des Commercienraths Conze in Langenberg sind zwanzig Herren des bergischen Landes von bewährtem Gemeinsinn zu einem Ausschuss zusammengetreten, um mit Hülfe des Stadtbauraths a. D. Bües in Remscheid das Werk zu fördern.

Aus Oberösterreich. — Die Ueberfüllung der Irrenanstalt zu Niedernhart drängt zu einer weiteren Fürsorge für die Pfleglinge. Die Berathung darüber in der Sitzung des Landesausschusses vom 21. November 1893 liegt jetzt vor. Es handelt sich um Errichtung einer landwirthschaftlichen Irrenpflegeanstalt. Dazu wird der Ankauf des Schlossgebäudes zu Gschwendt, der 50000 fl. beansprucht und 9 Joch 905 Quadratklafter Ter-

Digitized by Google

rain hat, vorgeschlagen. Es wird nicht verhehlt, dass Bedenken über den Bauzustand bestehen und dass der Untergrund der beiden Schlossgebäude und der Wiesenparcellen entwässert werden müssen. Ein Mitglied macht auf diese Bedenken aufmerksam und spricht sich entschieden für einen entsprechenden planmässigen Neubau für 150 Kranke aus. Die Versammlung beschliesst jedoch den Ankauf des Schlosses. (Wir befürchten, dass, wie die Erfahrung lehrt, durch die Adaptirung eines älteren Gebäudes nicht eine der jetzigen Anforderungen der Psychiatrie entsprechende Anstalt hergestellt werden wird, i. d. R. die Kosten im Laufe der Zeit sich höher stellen, als die allerdings im Anfange höhere Summe eines Neubaues beträgt. Eine freiere Bewegung der Kranken und dadurch eine geeignetere Behandlung von Seiten des Arztes wird gehemmt, wenn jede Verbesserung ein Hemmniss durch das Anlehen an schon bestehende Verhältnisse erfährt. *L.*)

Aerztekammern in Preussen. — In dem Verzeichnisse der aus dem Verein der deutschen Irrenärzte zu Mitgliedern gewählten Aerzte ist irrthümlich ausgelassen Dr. *Kleudgen*, Dir. der Prov. Heilanstalt zu Obernigk b. Breslau.

In Rom — hat gelegentlich des internationalen Congresses die Società freniatrica italiana zu Ehrenmitgliedern ernannt die Herren: Prof. Dr. *Meschede* in Königsberg in Pr., Prof. Dr. *Benedict* in Wien, Wirklicher Staatsrath Dr. *von Rothe* in Warschau und zum correspondirenden Mitgliede: Dr. *Kurella*, Oberarzt der Irrenanstalt in Brieg.

Im Unterhause zu London — gab bei Gelegenheit der Besprechung über die Verwaltung von Irland auf die Frage Mr. *M'Cartan*'s über die Anwendung des Restraint in Irrenanstalten der Regierungsvertreter *J. Morley* die Erklärung ab, dass in allen Civilhospitälern für Anwendung des restraint der Arzt verantwortlich sei, der ihn anordnet, wenn er für die Wohlfahrt des Kranken oder seiner Umgebung erforderlich sei (Times No. 34231 vom 6. April 1894).

Aus New-York. — Angeblich kurirte Geisteskranke verlangen ihre Freiheit. Zwei Habeas Corpusbefehlen Folge leistend, wurden gestern zwei Insassen der Staatsirrenanstalt in Matteawan nach der Supreme Court gebracht, wo ihr Anwalt vor Richter Gaynor den Antrag auf Freilassung stellte, da sie Beide wieder vollkommen hergestellt seien. Die eine dieser Unglücklichen war Frau Fannie Korn, welche bekanntlich am 4. Juni v. J. in ihrer Wohnung, No. 101 West 68. Str.,

Digitized by Google

New-York, den Versuch machte, ihre beiden Kinder, einen Knaben von 11 Jahren und ein 6 Jahre altes Mädchen, zu tödten, indem sie denselben Gift eingab und sie dann, sowie sich selbst, durch mehrere Revolverschüsse verletzte. Sie, sowie ihr Söhnchen wurden schliesslich wiederhergestellt, aber das kleine Mädchen starb bald darauf. Frau Korn wurde nach ihrer Genesung processirt, von der Juri aber wegen Geisteskrankheit von der Anklage des Mordes freigesprochen. Seitdem befindet sie sich in der erwähnten Irrenanstalt. Richter Gaynor ernannte den Advokaten Hermann Koepke zum Referenten und beauftragte ihn, ihm einen Bericht über den Fall einzureichen. — Der andere angeblich kurirte Geisteskranke ist der Italiener Giuseppe Petris, der ebenfalls wegen seines geistigen Zustandes der Processirung wegen eines Verbrechens entgangen und nach dem Irrenasyl geschickt worden war. Richter Gaynor vertagte das Verhör in in diesem Falle (New-Yorker Staatszeitung No. 105. 1894).

Berichtigung.[1])

Das Referat, welches Bd. L. S. 860 dieser Zeitschrift über eine Schrift aus der Feder des Herrn Prof. *Forel* in Zürich aus dem Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 17. 1893, S. 597 gebracht hat, bedarf einer Berichtigung.

Im Original wird gesagt: „Frl. A. geb. 1852, hatte im 19. Lebensjahr unter Anderen an „Treiben und Drängen in den Genitalien" gelitten. Sie giebt an, wohl 12 Aerzte consultirt zu haben, die ihr alle das Heirathen anempfohlen hätten, und fügt hinzu, einer derselben habe mit ihr (im 21. Altersjahre) aus therapeutischem Grunde einige Male den Coitus ausgeübt. Ueber diesen Aufsatz berichtet der Ref. der psych. Literatur im 1. Halbjahre 1886, Bd. 43, S. 97: „Frl. H., 1852 geboren, erblich belastet, intelligent. Seit dem 15. Jahre regelmässig menstruirt. Im 19. Jahre Chlorose, Menstrualkolik, Drängen im Kopf. Consultirt ein Reihe von Aerzten, welche ihr alle das Heirathen anrathen und von denen einer mit ihr (im 21. Jahre) aus therapeutischen Gründen wiederholt den Coitus aus-

[1]) Der vorstehenden Berichtigung müssen wir nach Hinweis auf § 11 des Pressgesetzes Raum gewähren. Wir hätten erwartet, dass vor einer so schweren Verdächtigung das Referat mit dem Originale verglichen worden wäre. Nimmt man aber das als Thatsache an, was das Referat bietet, so hätte der Schluss des Herrn St. richtiger gelautet, dass der Schlusssatz darauf hingewiesen hätte, die Ueberführung in eine Krankenanstalt sei gerade der beste Schutz gegen unverständige Rathschläge und verbrecherische (ärztliche) Handlungen an hilflosen Geisteskranken. Wie schon *Forel* hervorhebt, sind aber überdies die Angaben der Pat. selbst durchaus nicht zweifellos. Red.

Digitized by Google

übte. Im 26. Jahre wird sie schwanger.“ Nach diesem Citate hat Herr Stöcker in No. 24 der „Deutschen evangel. Kirchenzeitung vom 17. Juni 1893“ geschrieben: ... und bedenkt man, dass *Forel* in einer Krankengeschichte erwähnt, wie mit einer Patientin von ihrem Arzte aus therapeutischen Gründen der Beischlaf ausgeübt worden ist, so kann man sich ernstlicher Besorgnisse für in die geschlossenen Anstalten untergebrachte Hilflosen kaum erwehren.

Berlin, April 1894. Dr. jur. *Ledig.*

Verein zum Austausche der Anstaltsberichte[1]).

Dem Vereine sind ferner beigetreten:

Nied.-österr. Landesirrenanstalt Kierling-Gugging bei Wien.

Kgl. Heil- und Pflegeanstalt Untergöltsch bei Rodewisch i. V., Kgr. Sachsen.

Verein der deutschen Irrenärzte.

Der Vorstand des Vereins hat in einer Sitzung beschlossen, zur diesjährigen Versammlung nach Dresden am 21. und 22. September cr. im Anschlusse an die Naturforscher-Versammlung zu Wien einzuladen.

Die Vorbereitung als Local-Comité hat freundlichst Herr Dr. *Ganser*, Dresden, Lüttichaustr. 25 I, übernommen.

Als Discussions-Themata sind aufgestellt:

Die Criminal-Psychologie. Referent Herr Privatdocent Dr. *Sommer*-Würzburg.

Die Begrenzung der allgem. Paralyse. Referent Herr Prof. Dr. *Binswanger*-Jena.

Der 2. Entwurf des bürgerl. Gesetzbuches. Herr Prof. Dr. *Mendel*-Berlin.

Es wird gebeten, Vorträge bei einem der unterzeichneten Vorstands-Mitglieder bis zum 1. August cr. anzumelden, und der Wunsch ausgesprochen, dass möglichst viele Anstalten einen Vertreter zu der Sitzung deputiren. Nähere Angaben über die Tagesordnung werden Ende August jedem Mitgliede zugesendet werden.

Der Verstand.

Jolly. Laehr. Ludwig. Pelman. Schüle. Zinn.

[1]) Vergl. diese Ztschr. Bd. 32, S. 80. Bd. 33, S. 34. Bd. 39, S. 339 u. S. 839. Bd. 41, S. 475 u. S. 735. Bd. 42, S. 185. Bd. 44, S. 328. Bd. 45, S. 490 u. S. 628. Bd. 46, S. 137. Bd. 48, S. 255 u. S. 547. Bd. 49, S. 744. Bd. 50, S. 896 u. S. 1128. Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben. *Laehr.*

Digitized by Google

Naturforscher-Versammlung in Wien.

Die Vorbereitungen der Abtheilung No. 26, Psychiatrie und Neurologie, haben übernommen als Einführender: Hofrath Prof. Dr. *R. Frh. v. Krafft-Ebing*, IX, Maximilianplatz 4/5, als 1. Schriftführer: Priv.-Doc. Dr. *Sigm. Freud*, IX, Berggasse 19, als 2. Priv.-Doc. Dr. *L. Frankl R. v. Hochwart*, I, Elisabethstr. 3. Dieselben laden zur Versammlung ein und bitten um baldige Anmeldung von Vorträgen. Die allgemeinen Einladungen erfolgen Anfangs Juli. Einsendungen von Objecten zur wissenschaftlichen Ausstellung sind an das „Ausstellungs-Comité der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, I, Franzensring, Universität" zu richten. Ebendahin sind Gegenstände, welche sich auf die historische Entwicklung der Medicin beziehen, zu senden. Für diesen letzteren Zweck hat sich ein Comité unter Prof. Dr. *Theodor Puschmann* gebildet.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Kayser*, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Owinsk, zum Director der neuen Prov.-Irrenanst. zu Dziekanka bei Gnesen,

Dr. *Karl Hardt*, Oberarzt der Heilanstalt „Rittergut Altscherbitz", ist zum Director der Irrenanstalt zu Emmendingen, Baden,

Dr. *Günther*, Oberarzt der Heilanstalt Sonnenstein, ist unter Ernennung zum Med.-Rath zum Dir. der neuen Landesirrenanstalt Zschadrass,

Dr. *Serger*[1]), Ass.-Arzt der Heilanstalt Sachsenberg, zum Arzte der Irrenpflegeanstalt zu Neustrelitz,

Dr. *Jessen*, 3. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Bunzlau, ist zum 2. Arzt an der Prov.-Pflegeanstalt zu Freiburg i. Schl.,

Dr. *Flechsig*, Prof. o. und Dir. der psych. Klinik zu Leipzig, zum Geh. Med.-Rath,

Dr. *Ch. Roller*, San.-Rath und Dir. der Heilanstalt Lindenhaus bei Brake, zum Geh. San.-Rath ernannt worden.

Dr. *Walther*, Geh. Hofrath u. Dir. der Heilanst. Emmendingen, Baden, ist auf sein Ansuchen unter Ernennung zum Geheimrath III. Kl., in den Ruhestand versetzt.

Dr. *Fischer*, Med.-R. u. Dir. der Heil- u. Pflegeanst. zu Pforzheim, hat das Ritterkreuz I. Kl. vom Zähringer Löwenorden erhalten.

---

[1]) Die Versetzung nach Rittergut Altscherbitz war irrthümlich im vorigen Hefte mitgetheilt.

Digitized by Google

Verlag von **Georg Reimer** in Berlin,
zu beziehen durch jede Buchhandlung.

Schmerz
und
Temperaturempfindung.

Von
Prof. Dr. **Z. Oppenheimer**
in Heidelberg.
Preis: M. 2.—.

Die Areolae
des
Johannes de Sancto Amando
(13. Jahrhundert)

nach Handschriften der Königlichen Bibliotheken zu Berlin und Erfurt zum ersten Male herausgegeben,

ein Beitrag
zur Literaturgeschichte der Arzneimittellehre im Mittelalter
von
Dr. Julius Leopold Pagel,
pract. Ärzte und Privatdocenten an der Universität Berlin.
Preis: M. 2.40.

Schweizerhof,
Privat-Heilanstalt
für Nerven- und Psychisch-Kranke
weiblichen Geschlechts.
Zweiter Bericht.
Chronik. Beschreibung. Wissenschaftliche Beiträge.
Mit 18 Lichtdrucktafeln.
Preis: M. 10.—.

Digitized by Google

Verlag von **Georg Reimer** in Berlin,
zu beziehen durch jede Buchhandlung.

Gedenktage der Psychiatrie
und ihrer
Hülfsdisciplinen in allen Ländern.
Von
Dr. Heinrich Laehr.
Vierte vermehrte und umgearbeitete Auflage.
Preis: M. 12.—.

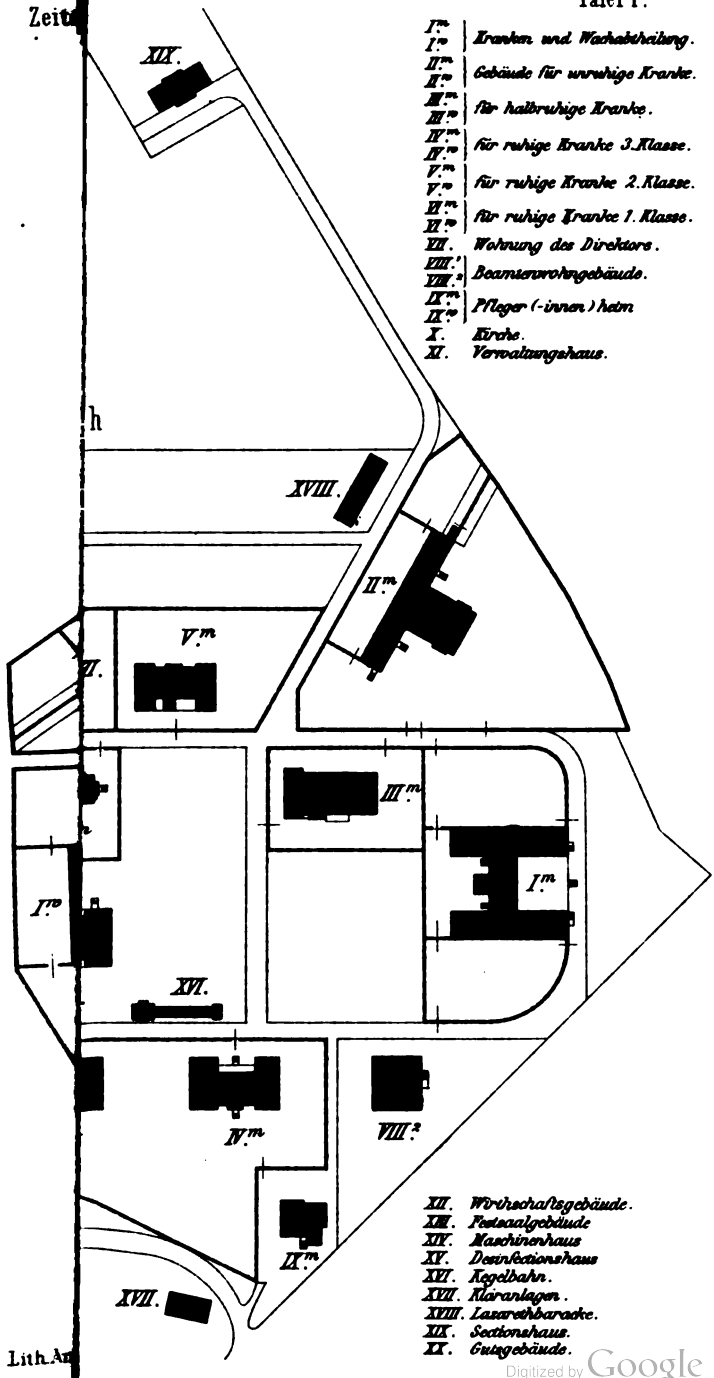
Die Deutsche Medizinalzeitung schreibt über dieses Werk in ihrer Nummer vom 14. vor. Monats:

Prof. Lähr's schönes Buch ist in der D. M.-Z. wiederholentlich, zuletzt 1889, von Kron (No. 32, S. 373) in gebührend anerkennender Weise besprochen worden, wobei nur ein Druckfehler nachträglich zu berichtigen ist. Statt 5. musste es damals heissen 3. Auflage. Wer, wie Referent, diese besitzt und nun mit einem Male die soeben erschienene 4. Auflage zur Hand nimmt, der staunt und ruft unwillkürlich aus: o quae mutatio rerum! Denn das Buch ist in seinem jetzigen Umfange gegenüber der früheren Gestalt kaum wieder zuerkennen; es ist förmlich ein anderes Individuum geworden. Von 160 Seiten der vorigen Auflage ist es auf 478, sage 478, also auf nahezu das Dreifache des früheren Volumens angeschwollen. Lähr hat sich mit dieser Chronik der Psychiatrie — ohne sich einer Uebertreibung schuldig zu machen, kann man es aussprechen — ein Monumentum aere perennius gesetzt, nicht blos in seiner Spezialwissenschaft, sondern auch nach einer anderen, sozusagen moralischen, oder sagen wir lieber, höheren, idealen Seite. So vielfach wird heutzutage — und zugegeben, in mancher Beziehung mit Recht — das Mittelalter geschmäht. Eines aber könnten wir auch daraus noch übernehmen, ich meine nicht die dogmatisch-religiöse Orthodoxie, nicht die dem Mittelalter besonders eigene Pietisterei, wohl aber den frommen Sinn, die Pietät, die Ehrerbietung gegen das Alte, die im Charakter jener Zeit lag. Nur Pietät führte Lähr die Feder; nur treues, liebevolles Gedenken an alle kleineren und kleinsten, scheinbar unbedeutenden Einzelheiten in der Geschichte der Wissenschaften musste dem Verfasser den Gedanken eingeben, mit so rührender Sorgfalt, wie dies von ihm geschehen ist, mit so hingebender Geduld alles irgendwie in dem Spezialgebiete der Psychiatrie Wissens- und Nennenswerthe zu sammeln und zu notiren. Dieser echt fromme, den Verfasser ehrende historische Sinn diktirte ihm ein Werk wie das vorliegende, dem das Zeugnis einer grossartigen, historisch hochwichtigen Publikation ohne Bedenken zuerkannt werden muss. Denn von der Historie gilt, was wir von unserem Herrgott behaupten: Du gedenkest an alles (von Menschen) Vergessene, und vor dem Thron Deiner Herrlichkeit giebt es kein Vergessen.

Vier Reden
über
Leben und Kranksein
von
Rudolf Virchow.
Preis M. 1.50.

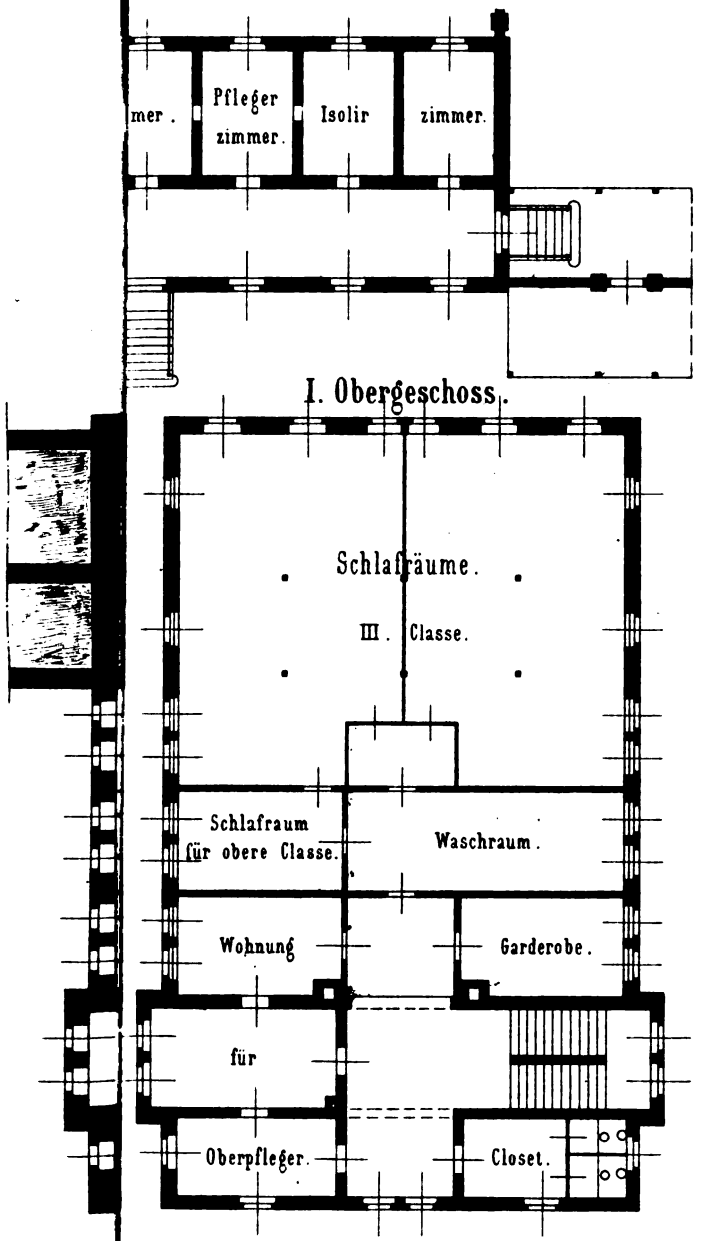
Digitized by Google

Tafel 1.



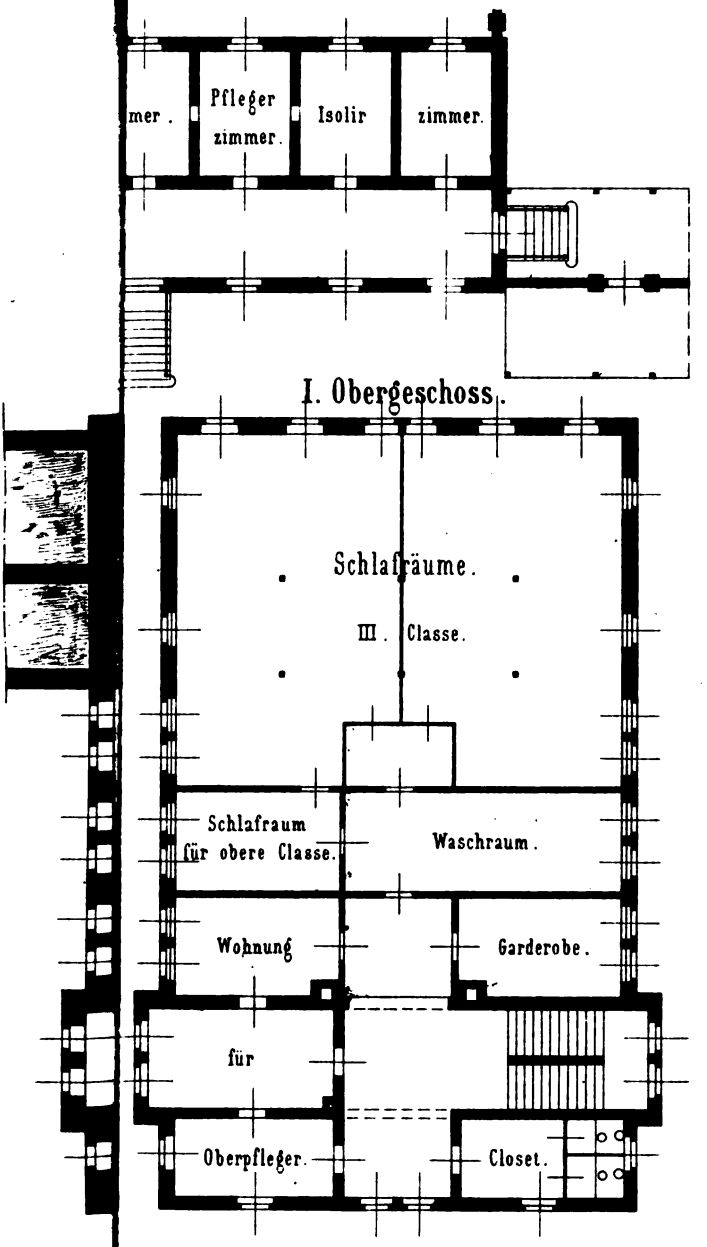
Digitized by Google

Digitized by Google



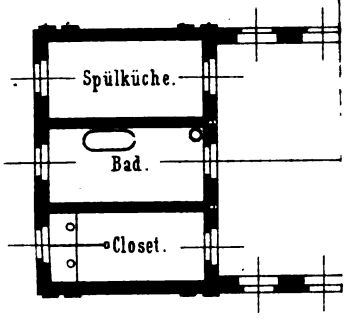
Digitized by Google

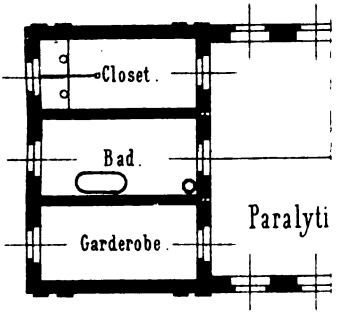
Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google





Paralyti

Digitized by Google

Digitized by Google

Ueber den Nervus opticus der Taube.

Von

Dr. **Mayser**-Hildburghausen.

(Hierzu Tafel IV und V.)

Die Vermuthung *Forel*'s[1]), der Hauptunterschied in morphologischer Hinsicht zwischen sensiblen und motorischen Nerven bezw. Neuronen bestehe darin, dass bei ersteren der Zellenpol peripher, das Endbäumchen aber central gelegen sei, während bei letzteren das umgekehrte Verhältniss statt habe, galt mir durch längere Zeit als Ausdruck der eigenen Ueberzeugung von der principiellen Anordnung der bezüglichen Nerveneinheiten. Die Theorie, welche *von Monakow*[2]) auf Grund der verschiedenartigen, experimentell von ihm erzeugten, secundären Atrophien der einzelnen primären Opticuscentren bei Säugern über den Aufbau und die histologischen Verknüpfungen der optischen Centren und Leitungsbahnen aufgestellt und auf Tafel XI Fig. 4 der erwähnten Arbeit in einem Schema zum Ausdruck gebracht hat, erschien mir nicht hinlänglich fest begründet und überzeugungskräftig genug, um die eigene Ansicht darüber aufzugeben. Wohl aber fing diese letztere an in ihrer oben ausgesprochenen Allgemeinheit unhaltbar zu werden, nachdem *S. Ramon y Cajal*[3]) die Theorie *von Monakow*'s wenigstens

---

[1]) Archiv f. Psych. 1887. Bd. XVIII, S. 168 ff.

[2]) Archiv f. Psych. 1889. Bd. XX, S. 714 ff.

[3]) Sur la morphologie et les connexions des éléments de la rétine des oiseaux. Anat. Anzeiger. 1889 und

Sur la fine structure du lobe optique des oiseaux et sur l'origine réelle des nerfs optiques. Internat. Monatsschr. f. Anatom. u. Physiol. 1891. Bd. VIII.

Digitized by Google

in Bezug auf den Nervus opticus der Vögel und hier in so weit gerechtfertigt hatte, als er durch seine bemerkenswerthen Untersuchungen ausser dem Ursprung von Sehnervenfasern aus den grossen Ganglienzellen der Netzhaut und ihren baumförmigen Endausbreitungen in den 7 äussersten von ihm — 8 von *Stieda*[1]) — unterschiedenen Schichten der Wandung des Lobus opticus auch einen Ursprung von Opticusfasern aus kleinen spindelförmigen Nervenzellen in der mittleren grauen Schicht der Lobuswandung — *Ramon*'s 10., *Stieda*'s 9. Schicht derselben — nachwies und in Zusammenhang brachte mit baumförmigen Endausbreitungen von Fasern des Nervus opticus in der Retina „à la rencontre des couches réticulaire interne et des grains internes".[2])

Nun hat *Michel*[3]), der als Vorkämpfer für die Lehre von der totalen Kreuzung des Nervus opticus im Chiasma nach Art Ertrinkender nach jedem Strohalm greift, diese letzterwähnten Funde *Ramon*'s benutzt, um in der 22. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg (1892) unter gleichzeitiger Berufung auf von ihm beobachtete Degenerationserscheinungen bei einseitig enucleirten erwachsenen Tauben neuerdings einen Versuch zu machen, an der Zuverlässigkeit der Resultate *Gudden*'s bezüglich der partiellen Kreuzung zu rütteln, und sein Referent *Sommer* unterstützt ihn darin mit dem Bemerken[4]), dass die Acten über die Kreuzung der Opticusfasern im Chiasma und ihr Ernährungscentrum revisionsbedürftig seien.

Ursprünglich keineswegs zum Zwecke einer Entgegnung auf den erwähnten Vortrag *Michel*'s, auf den ich weiter unten zurückkommen werde, habe ich im Laufe der letzten Jahre zahlreiche experimentelle Eingriffe und auch wiederholte einseitige Enucleationen vorgenommen bei fast erwachsenen, jedenfalls aber flüggen Exemplaren der gewöhnlichen Haustaube, über deren Ergebnisse ich im Zusammenhange an anderem Orte zu berichten hoffe.

---

[1]) Zeitschr. f. wiss. Zoolog. Bd. XIX. 1869. S. 43 ff.

[2]) l. c. Sur la fine etc. Vergl. auch *van Gehuchten* in La cellule, tome VIII. 1892 und *W. His* in Berl. klin. Wochenschr. No. 40 u. 41. 1893.

[3]) Bericht über die 22. Versammlung der ophthalmol. Gesellschaft in Heidelberg 1892. Stuttgart, 1892.

[4]) Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie. 1893. Jahrg. XVI. Neue Folge Bd. IV, S. 55.

Digitized by Google

Was ich aber an dieser Stelle und ehe ich auf *Michel*'s Vortrag zurückkomme, mittheilen möchte, ist das Verhalten des Nervus bezw. Tractus opticus bei 8 linksseitig enucleirten Thieren. Dieselben wurden in dem Alter operirt, wo sie als „junge Tauben" zwar flügge, wenn auch nicht progenerationsfähig, auf den Markt gebracht werden. Mit Ausnahme einer einzigen, welche in Folge eines unglücklichen Zufalls bereits innerhalb der 3. Woche nach der Operation zu Grunde ging, wurden sie alle getödtet bis oder über 3 Monate post enucleationem. Bei allen, ausgenommen der verunglückte, sind die Degenerationserscheinungen im verletzten Nervus bezw. im entgegengesetzten Tractus opticus so ziemlich in demselben Grade entwickelt und scheint mir daraus hervorzugehen, dass auch eine 3 Monate um ein Erhebliches überschreitende Lebensdauer post enucleationem — *Michel* liess seine Versuchsthiere doppelt so lange am Leben (180 Tage) — wohl kaum dazu geeignet sein dürfte, entsprechend höhere bezw. wesentlich intensivere Grade secundärer Degeneration zu Stande kommen zu lassen. Die Hirnchen wurden in Lösung von doppelt chromsaurem Kali gehärtet, einzelne darunter in vollständig lückenlose Schnittreihen zerlegt, alle nach *Weigert* mit Hämatoxylin gefärbt. Hierbei muss ich betonen, was theilweise bereits *Forel* hervorgehoben hat, dass nämlich zur Verfolgung von Fasern und zum Studium ihrer Beziehungen zur grauen Substanz eine gute Carmintinction der Färbung nach *Weigert* vorzuziehen ist, und bin speciell auch davon überzeugt, dass die Zerlegung des Sehtractus in seine einzelnen Componenten und deren Trennung namentlich von den beim Vogel so mächtig entwickelten Commissurensystemen (Homologa der C. inferior *Gudden*'s, sowie der Commissur *Meynert*'s) und anderen in Betracht kommenden Faserzügen auf Grund verschiedenartiger leichter Nüancirungen des Farbentons bei guter Carmintinction entschieden leichter und sicherer gelingen dürfte als bei der Färbung mit Hämatoxylin nach *Weigert*, ganz abgesehen von dem sinnverwirrenden Faserreichthum einerseits und der relativen Undeutlichkeit der zelligen Organe andererseits bei Anwendung letzterer Methode. Ebenso glaube ich mich nicht weniger den Bedenken anschliessen zu müssen, welche *von Monakow* [1])

[1]) a. a. O.

Digitized by Google

sowie *Singer* und *Münzer*[1]) ausgesprochen haben bezüglich dieses von *Michel* bei Ausführung seiner Arbeit[2]) zum 70. Geburtstag *Kölliker*'s ausschliesslich geübten Verfahrens, als ihren Ansichten bezüglich der aus der Methode resultirenden Irrthümer jenes Autors. Wenn ich mich aber nichtsdestoweniger bei der mikroskopischen Untersuchung der hier in Frage kommenden Taubenhirnchen gleichfalls und zwar ausschliesslich der Tinction nach *Weigert* bedient habe, so geschah dies unter Anderem gerade in der Absicht, unter möglichst gleichen Bedingungen bezw. mit denselben Mitteln zu arbeiten, mit welchen *Michel* gearbeitet hat. —

Einen Querschnitt des Nervus opticus der enucleirten Seite zu untersuchen, fand ich keine Gelegenheit. Man bedenke, dass der Operateur darauf bedacht sein muss, bei der Enucleation den Nervus opticus so nah als möglich an seiner Austrittsstelle aus dem Foramen opticum zu durchschneiden, denn jedes im Zusammenhang mit demselben zurückbleibende Stückchen Retina würde natürlich die Erhaltung einer entsprechenden Summe Opticusfasern garantiren. Narbengewebe füllt später die Augenhöhle. Durchschneidet man dann bei der Enthirnung die Sehnerven dicht hinter dem Foramen, so bleibt von ersteren, besonders wenn sie degenerirt sind, bis zum Chiasma nur ein derart winziger Rest übrig, dass von der Herstellung vollständiger Querschnitte nach meinen Erfahrungen abgesehen werden muss. Der Rest des verletzten Opticus sitzt am herausgenommenen Gehirn als graulich durchscheinendes gelatinöses Höckerchen dem Chiasma warzenförmig auf. In schräg von hinten oben nach unten und vorn abfallenden, also halb horizontal halb frontal angelegten Schnitten erscheint der verletzte und secundär entartete Nerv bei seiner Durchflechtung mit dem normalen der intacten Seite gelblich bezw. gelbbräunlich, manchmal zart parallel längs gestrichelt, doch nur ganz vereinzelte Reste von geschwärzten Nervenfasern aufweisend. Nur das Gehirn des bereits in der 3. Woche post enucleationem verunglückten Thieres zeigt im Verlaufe seines degenerirten Nerven

[1]) Denkschriften der k. Akad. d. Wissensch. Math. natw. Classe. Bd. XXV, S. 163 ff.

[2]) Ueber Sehnervendegeneration und Sehnervenkreuzung. Wiesbaden, 1888.

Digitized by Google

vor, während und nach dessen Kreuzung im Chiasma bezw. im Tractus eine solche Menge gleichmässig vertheilter, grösserer und kleinerer, schwarzblau gefärbter Myelinkugeln, die sich theilweise sogar übers angrenzende Nachbargewebe verbreiten, dass nicht nur etwa erhalten gebliebene Nervenfasern auf Längsschnitten der Wahrnehmung völlig sich entziehen, sondern dass auch die Präparate von demselben zum Studium des Opticus-Verlaufs und Ursprungs bezw. Endes geradezu unbrauchbar sind (Fig. 2). Dagegen zeigen die 7 übrigen Thiere hinsichtlich ihres degenerirten Nervus opticus im Wesentlichen unter einander grosse Uebereinstimmung, nur dass beim einen oder anderen die erwähnte zarte Längsstrichelung mehr weniger ausgeprägt ist oder auch ganz und gar vermisst wird. Nach der Kreuzung im Chiasma erscheint der bezügliche Tractus opticus erheblich verschmälert und in allen seinen Componenten bezw. Wurzeln so gut wie total degenerirt (Fig. 3). An vollständig lückenlosen Reihen finde ich in dem gleichmässig gelben bis gelblich braunen, manchmal wie grob granulirt oder grobfaserig aussehenden, degenerirten Tractus Reste bläulich gefärbter Myelinkugeln und vornehmlich da, wo derselbe dem Tuber cinereum bezw. Zwischenhirn anliegt, oder wenigstens in der Nähe desselben vereinzelte, übrigens in ihrer Gesammtheit unschwer zu zählende, blauschwarz tingirte, vermuthlich normale Nervenfasern. So wenig ihrer sind, so halte ich dieselben doch zum grössten Theil für zersprengte, aberrirende Commissurenfasern. Bei diesem so ziemlich vollständigen Fehlen von Opticusfasern hält es natürlich nicht allzu schwer beim Vergleich der normalen mit der degenerirten Seite die Ursprungs- bezw. Endigungsgebiete oder Kerne (Centren) der Sehnervenwurzeln festzustellen.

Dass die Hauptmasse des Tractus opticus der Vögel den sog. Lobus opticus derselben bezw. das Mittelhirndach mantelförmig überzieht, ist eine bekannte Thatsache und zwar erscheint es sehr zweckmässig, dieselbe wie bei Knochenfischen und Reptilien mit *Bellonci*[1]) in zwei Haupttheile, nämlich ein vorderes, oberes und ein hinteres, unteres, grosses Wurzelbündel zu zerlegen. Beide Wurzelbündel sind nicht deutlich von einander geschieden,

[1]) Ueber die centrale Endigung des Nervus opticus bei den Vertebraten. Zeitschrift f. wissensch. Zoologie. Bd. 47. 1888.

Digitized by Google

gehen vielmehr im Bereich der lateralen Oberfläche des Lobus, denselben hohlkugelartig umfassend, mittelst einer breiten Opticuszwischenschicht continuirlich in einander über. Diese hiernach anscheinend willkürliche Trennung ist übrigens abgesehen von phylogenetischen Rücksichten auch dadurch motivirt, dass jeder der beiden Wurzeltheile von einem kleineren, medial verlaufenden, gleichfalls aus Opticusfasern bestehenden Trabanten begleitet ist Den medialen Trabanten seiner vorderen oberen Opticuswurzel zeichnet und beschreibt bereits ***Bellonci*** [1]), dagegen scheint demselben sein Kern, bezw. sein Ursprung oder seine Endigung entgangen zu sein, wenigstens schreibt er auf S. 17, dass das betreffende Bündel an die Oberfläche des oberen medianen Theils des Lobus opticus sich erhebe und sich dort auflöse, indem es denselben von vorn nach hinten durchsetze. Den medialen Trabanten der unteren hinteren Wurzel haben ***Singer*** und ***Münzer*** [2]) bei der Taube beschrieben, gezeichnet und seine Einsenkung in eine an der Medianseite des Corpus bigeminum gelegene Anhäufung von grauer Substanz mittelst der Methode von ***Marchi*** an einem einseitig enucleirten Thiere festgestellt. ***Bellonci*** bezeichnet die Fasern des medialen unteren Trabanten als Pedunculartasern und lässt sie den Tractus opticus durchsetzend ins Vorderhirn aufsteigen. Dass diese Ansicht aber unrichtig sein muss, geht aus der Degeneration hervor, welche sowohl das Bündel selbst als auch die erwähnte Anhäufung grauer Substanz nach Entfernung des contralateralen Auges erleiden. (Fig. 4. N. r. inf. p. med.)

Was überhaupt die Rückwirkung der Enucleation auf die einzelnen Componenten des contralateralen Tractus opticus betrifft, so ist die Degeneration derselben, wie schon aus dem beschriebenen Verhalten des Nervus und Tractus selbst hervorgehen dürfte, bei Thieren, welche längere Zeit nach der Operation enthirnt worden sind, eine fast so gut wie totale. Demgegenüber muss es allerdings auffallen, dass bei allen meinen Tauben, bei denen die bezüglichen Bedingungen erfüllt waren, der entsprechende Lobus opticus von einer zwar dünnen, jedoch so ziemlich die ganze Oberfläche gleichmässig überziehenden Schicht wohlerhaltener und einzeln mit *Wei-*

[1]) a. a. O. S. 16 ff. (Fig. 10—13).
[2]) a. a. O. S. 171 (Fig. 13).

Digitized by Google

gert's Tinction leicht auszunehmender Nervenfasern überzogen ist (Fig. 3, 4, 5 c). Was sind dies nun für Nervenfasern? Unmöglich Opticusfasern, denn im Tractus selbst sind deren nur vereinzelte und jedenfalls viel zu wenige erhalten im Vergleich zu der relativ grossen Zahl dieses förmlichen, wenn auch wie erwähnt etwas dünnen Mantels des Lobus. Ich habe mir ordentlich Mühe gegeben ihre Provenienz festzustellen und meine Reihen immer und immer wieder daraufhin durchgesehen. Dies Unternehmen wird zwar bedeutend gefördert durch den Ausfall der gewaltigen Fasermasse des Opticus selbst, andererseits aber auch wieder beeinträchtigt durch die erwähnten Mängel der angewendeten Tinctionsmethode. Immerhin glaube ich mit grosser Bestimmtheit behaupten zu dürfen, dass ein Theil davon den sog. optischen Commissurensystemen [1]), in Sonderheit dem Homologon der ***Meynert***'schen Commissur oder besser gesagt Kreuzung, ein Theil dem Corpus geniculatum thalamicum von ***Bellonci*** (C. l. der Fig. 2 und 3), ein Theil anscheinend der grauen Masse der Zwischenhirnseitenwand entstammt, welche medial von C. l., lateral vom ventralen Antheil des Pedunculus cerebri (Fig. 2 u. 3 v) und ventral vom grossen Nucleus pedunculi (N. p.) gelegen ist (Fig. 3. o). Auch aus den ventro-lateral von N. p. und lateral vom Entbündelungsgebiet des Fasciculus ganglii habenulae (Fasc. g. h.) liegenden zellenreichen Abschnitten des Thalamus sieht man Nervenfasern zur Oberfläche des Lobus opticus hinüberziehen (Fig. 3). Endlich kann man in mehr caudalwärts angelegten Schnitten durch die Lobi optici Fasern auch aus dem Stil des grossen N. p. auf die ventrale Oberfläche derselben übergehen sehen (Fig. 4 u. 5 c l).

[1]) Die experimentale Probe auf diese Behauptung habe ich wiederholt, doch leider ohne Resultat, versucht in Form intracraniell vorgenommener sagittaler Discisionen durchs Chiasma und die optischen Commissuren. Die Folgen eines solchen vom Schädeldache aus angestellten Eingriffs sind äusserst schwere. Die operirten Thiere können nicht mehr stehen, fallen nach vorne auf die Brust oder überschlagen sich ganz und gar. Dabei tritt eine nahezu totale Umdrehung des Halses auf nach der Seite zu, welche dem Schnitt gegenüberliegt, und gehen die Thiere, welche blind geworden und überhaupt nur künstlich am Leben zu erhalten sind, im Verlaufe von selten mehr als 14 Tagen zu Grunde.

Digitized by Google

Bezüglich der Atrophie des Lobus opticus selbst verweise ich auf die Figuren 4 u. 5, da ich Genaueres über die histologischen Details der secundären Veränderungen bei der geübten Untersuchungsmethode nicht anzugeben vermag. Ich möchte nur aufmerksam machen auf die Reduction der äusseren grauen Rinde (*S. Ramon*'s 7 äussersten Schichten bezw. la couche des fibres rétiniennes *van Gehuchten*'s), die sich aus dem Wegfall der Opticusfasern ergeben muss und ausserdem auf das vollständige Fehlen der Zellenreihe e auf der degenerirten Seite.

Erwägt man nach dem Gesagten, dass *S. Ramon* seine hier in Frage kommenden Untersuchungen in der Ueberzeugung angestellt hat, dass der periphere Fasermantel des Lobus opticus der Vögel ausschliesslich aus Opticusfasern besteht, so kann man es nur gerechtfertigt finden, wenn *van Gehuchten* (l. c. S. 30) bezüglich des von *S. Ramon* vermutheten directen Zusammenhangs der kleinen spindelförmigen Nervenzellen seiner 10. (*Stieda*'s 9.) Schicht der Lobusrinde mit den freien Endbäumchen in der inneren Körnerschicht der Retina vermittelst der Axencylinderfortsätze der ersteren sagt: „Cela est fort probable; néanmoins jusqu'ici on n'a pas encore pu poursuivre directement un de ces prolongements cylindraxils jusque dans les couches de rétine. La démonstration du fait n'a donc pas été fournie." Ich selbst möchte das „probable" vorläufig in ein „possible" verwandeln und erst weitere Untersuchungen mit *Golgi*'s Methode gerade an einseitig enucleirten Tauben abwarten. Oder könnten jene „cellules nerveuses optiques à cylindre axe périphérique" ihre Axencylinderfortsätze nicht schliesslich auch in den Thalamus oder zum Homologon der *Meynert*'schen Commissur entsenden? —

Das Fasersystem, welches ich als Homologon der *Meynert*'schen Commissur bezeichne und in Verbindung bringe mit dem Nervenfasermantel des Lobus opticus, ist eigentlich keine Commissur, sondern eine Nervenfaserkreuzung. Dieselbe liegt unmittelbar hinter der Commissura inferior *Gudden*'s bezw. Commissura transversa *Halleri* (Fig. 1. C. i.). Die Commissura inferior ist bei der Taube entsprechend den gewaltigen Sehnerven mächtig entwickelt. Auf etwas von hinten oben nach unten und vorn durch die vorderen Abschnitte des Chiasmas fallenden Schrägschnitten tritt sie von den fast geradlinig ansteigenden Tractus tangential gestreift als elegan-

Digitized by Google

ter, nach hinten und oben offener Faserbogen in die Erscheinung. Ihre Elemente sind ausgezeichnet durch verhältnissmässig schmale Markscheiden. Sie ist vorwiegend Commissur des Thalamus, dessen mittlere, seitliche und obere Theile sie unter einander verbindet, doch scheinen Fasern derselben auch ins Innere der Lobi überzugehen.

Unmittelbar hinter der Commissura inferior und theilweise etwas ventral von ihr liegt das Homologon der Commissur von *Meynert* (Fig. 2 u. 3 C. M.). Die Nervenfasern der letzteren scheinen breitere Markscheiden zu haben als die der inferior, von welchen sie sich durch tiefere Schwärzung unterscheiden. Sie kommen aus einem median gelegenen, rundlichen Ganglion der Zwischenhirnwand (Fig. 3. Gang. m. thal.), ziehen als geschlossenes Bündel zwischen N. p. und medialem Antheil des dorsalen Pedunculus (Fig. 2 u. 3. P. c. d. m.) ventral- und lateralwärts, umgreifen nach vorne umbiegend den ventralen Pedunculus (v.) und kreuzen sich über dem hinteren Abschnitt des Chiasma mit denen von der anderen Seite kommenden unter spitzem Winkel. Gekreuzt legen sie sich der Medianseite der Tractus optici an und treten ins C. l. (Corpus geniculatum thalamicum von *Bellonci*) bezw. letzteres durchsetzend oder an seiner Aussenseite entlang ziehend auf die Oberfläche der Lobi optici über (Fig. 2 u. 3 a = ungekreuztes, b = gekreuztes Bündel, C. M. = Kreuzung der Bündel).

Ueber den soeben beschriebenen Commissurensystemen und beide theilweise durchsetzend kreuzen sich noch in steiler Kreuzung zahlreiche lockere Faserbündelchen, welche ersichtlich den Zwischenhirnwandungen und vornehmlich den median gelegenen Abschnitten derselben angehören (Fig. 3 d.). Sie dürften den Fibrae ansulatae von *Bellonci* entsprechen und haben jedenfalls mit den Sehnerven nichts zu schaffen.

Während noch diese zuletzt erwähnten Faserkreuzungen in der Vorderwand des Tuber cinereum sich vollziehen und gekreuzter wie ungekreuzter Theil der C. M. im Begriffe stehen sich von einander zu separiren, tritt an der medianen Seite der untern hinteren Opticuswurzel ein Bündel intensiv geschwärzter Fasern auf, das wir als den medialen Trabanten jener Wurzel bezeichnet haben, welches dem gekreuzten Theil der C. M. sich anschliesst und seine Fasern mit den ebenso schwarzen der letzteren untrennbar vermischt. Die

Digitized by Google

Art und Weise, nach welcher dies Alles bei dem circa 3 Wochen post enucleationem verunglückten Täubchen auf der normalen Seite sich einleitet, zeigt Fig. 2 (R. inf. p. med. sin.), nur muss ich bemerken, dass das Bündel auf der Zeichnung etwas zu gross ausgefallen ist. Im Bereich der Querschnitte durch die hintere Wand des Tuber cinereum wird dasselbe förmlich zersprengt durch graue, zellenhaltige Massen, welche zwischen seinen Fasern auftreten und jene Anhäufung grauer Substanz ausmachen, die *Singer* und *Münzer* (a. a. O.) als Ursprungs- oder Endknoten des Bündels beschrieben haben. Dieser graue Knoten hat die Form eines nach vorne zugespitzten Keils und lässt sich seiner Länge nach in einer meiner Querschnittserien durch 42 Schnitte verfolgen. Die grösste Entwickelung fällt in die Ebenen der austretenden Nervi occulomotorii (Fig. 4. N. r. inf. p. med.). Seine ventrale, champignonartig vorspringende Oberfläche erscheint hier mit Nervenfasern wie gespickt. Von seiner lateralen Seite sieht man nicht wenige Fasern auf die äussere Oberfläche der Rinde des Lobus opticus umbiegen, während auf der medialen und dorsalen Seite Fasern aus den Basaltheilen des Mittelhirns auf dasselbe eindringen. Seine Degeneration auf der der enucleirten gegenüberliegenden Seite ist zwar eine erhebliche, immerhin aber unvollständige, unvollständig namentlich in Bezug auf die zelligen Elemente, vollständig nur in Bezug auf die vom Tractus opticus kommenden Nervenfasern. Ich halte aus diesem Grunde das Ganglion für ein Endganglion von Opticusfasern, wobei man nicht verkennen darf, dass die Erhaltung relativ zahlreicher Zellenelemente auch mit dem Eintritt von Fasern aus den Basaltheilen des Mittelhirnbodens in Zusammenhang zu bringen sein dürfte.

Bedeutend charakteristischer in Zusammensetzung, Gestalt, Verlauf und Endigung bezw. Ursprung als der mediale Trabant der hinteren unteren Opticuswurzel ist derjenige der oberen, vorderen (Fig. 1, 2, 3, 4, 5, R. a. s. med.). In einer meiner Schnittreihen finde ich denselben von der Entwickelung annähernd wie Fig. 1 es zeigt. Seine auffallend kräftigen Fasern sind tief schwarz gefärbt und heben sich ungemein deutlich von den umgebenden Gewebstheilen ab. Das Bündel steigt rasch nach oben ins Dach des Mittelhirns (Fig. 1, 2, 3), wobei es auf seinem Weg einen Faserzuschuss erhält aus der zwischen grossem N. p. und Lobus

Digitized by Google

opticus dorsalwärts sich ausbreitenden grauen Masse des Thalamus. Während seines Verlaufs im medialen Rand des Mittelhirndaches tritt es leicht erkennbar hervor durch seine aparte Lage über der tiefliegenden oder inneren Markschicht (*van Gehuchten*'s couche des fibres optiques centrales). Unweit nasalwärts von der Stelle, wo sich Lobus opticus und Mittelhirnboden von einander loslösen, in der Höhe des Nucleus nervi trochlearis erhebt sich das Bündel auf einmal und tritt schräg nach hinten und innen ziehend in einen auswärts vom Trochleariskern liegenden grauen Knoten (Fig. 5 u. 6. N. r. a. s. med.), der im Wesentlichen einer unteren Olive oder dem Nucleus deutatus eines Säugethiers nicht unähnlich sieht. Dieser ziemlich ansehnliche Nervenknoten, — ich constatire ihn in einer Reihe durch 26 Schnitte — auf der Höhe seiner Entwickelung (Fig. 6) annähernd von der Form des Kerns einer welschen Nuss, besteht aus wurmförmig gekrümmter, zellenhaltiger, grauer Substanz, auf Hämatoxylinschnitten vom Aussehen der Rindensubstanz des Lobus opticus und ist rings umzogen, umstellt und durchsetzt von Zellen und Nervenfasern. Wie der Kern einer geöffneten Nuss im unterliegenden Schaalenrest, so ruht dieser graue Knoten in frontalen oder schrägen Querschnitten auf einer eigenthümlichen, braunschwarz gefärbten Unterlage (f), die von einem dichten Filz feiner schwarzer Fasern gebildet wird mit zahlreichen kleinen eingestreuten Zellchen. In ebengenannten schwarzen Faserfilz senken sich starke, seitlich aus der Oblongata aufsteigende Nervenfaserbündel ein, biegen darin um und gehen, den auflagernden Knoten theilweise durchsetzend, über in das System der Commissuren- bezw. über dem Aquaeductus Sylvii des Mittelhirns sich kreuzenden Nervenfasern. An der Umspinnung und Durchsetzung des aufliegenden Nervenknotens (Fig. 5 und 6, N. r. a. s. med.) betheiligen sich die Fasern des erwähnten medialen Trabanten der vorderen oberen Sehnervenwurzel sowie Fasern aus dem tiefliegenden (inneren) Mark des Lobus opticus. Ausserdem ziehen, was vielleicht in physiologischer Hinsicht bedeutungsvoll erscheinen mag, zu diesem Kern bezw. in seine unmittelbarste Umgebung auch Nervenfasern aus dem in der Nähe gelegenen Trochleariskern sowie aus dem hinteren Längsbündel der Oblongata, aus welchem andererseits wieder viele Fasern in die Kerne der Augenbewegungsnerven übertreten und sich in denselben verlieren. Auf der der

Digitized by Google

enucleirten gegenüberliegenden Seite ist nur die mehrerwähnte faserige Unterlage noch vorhanden, der beschriebene Knoten jedoch verschwunden; doch sind in einzelnen Schnittreihen noch spärliche Spuren davon zu entdecken. Ueber die histologischen Details des Knotens vermag ich nichts zu sagen, man sieht aber, dass die Rückwirkung der einseitigen Enucleation auf denselben direct zu vergleichen ist der Rückwirkung des Ausreissens von motorischen Nerven auf deren Kerne beim neugeborenen sowohl als beim erwachsenen Säugethier. Was würde also im Wege stehen a priori zu vermuthen, dass die in der innern Körnerschicht der Retina mit freien Endbäumchen endigenden Opticusfasern im oberen medialen Trabanten verlaufen und in den Zellen des Knotens f ihren Ursprung nehmen?[1])

Ich kehre zurück zum Ausgangspunkt und eigentlichen Anlass dieser Abhandlung. Aus den von mir nach *Weigert*'s Methode hergestellten und mikroskopisch untersuchten Schnittreihen durch die Gehirne von im flüggen Zustande einseitig enucleirten und bis oder über $^1/_4$ Jahr nach der Operation getödteten Tauben geht hervor, dass die centrale Ausbreitung bezw. Endigung des contralateralen Sehtractus der operirten Thiere in Folge der Operation so gut wie vollständig degenerirt. Das Bestehenbleiben einer immerhin bemerkenswerthen Faserschicht über der Oberfläche des betreffenden Lobus opticus macht *S. Ramon*'s Annahme eines directen Zusammenhangs der Endbäumchen in der Körnerschicht der Retina mit den kleinen Zellen seiner 10. Lobusrindenschicht keineswegs wahrscheinlicher als es bereits *van Gehuchten* erklärt

[1]) Nachdem ich die bezüglichen Untersuchungen abgeschlossen hatte, stosse ich auf *Perlia*'s Mittheilung in No. 13 des Neurolog. Centralblattes vom Jahre 1891 und ersehe aus Arch. f. Ophthalmologie, Bd. XXXV, 1, dass derselbe den soeben besprochenen Kern sammt Wurzel beim Huhn an letztgenanntem Orte bereits beschrieben und gezeichnet hat. Mit Interesse habe ich an den Zeichnungen *Perlia*'s auch gesehen, dass, obwohl der Autor am jungen Hühnchen operirte und erst 3 Monate post enucleationem sein Versuchsthier enthirnt hat, auf der Oberfläche des contralateralen Lobus opticus immerhin ein Faserrest und ausserdem auch noch ein Rest vom oberen medialen Trabanten zurückgeblieben ist. Ich möchte letzteren für den erwähnten Zuschuss halten aus den oberen seitlichen Partien des Thalamus, da im Uebrigen auch *Perlia* ein völliges Verschwinden des bezüglichen Trabantenknotens post enucleationem behauptet.

Digitized by Google

hat, indem die restirenden Fasern keine Opticusfasern sind und *S. Ramon* zudem die sämmtlichen Centren des Sehnerven weder gekannt noch untersucht hat. Aber auch angenommen, dass jener von ihm vermuthete Zusammenhang thatsächlich vorhanden wäre, und selbst angenommen, dass meine Beobachtungen hinsichtlich der Provenienz der erhalten gebliebenen peripheren Lobusfasern sich als irrthümliche herausstellen sollten, bestände damit immer noch kein zureichender Grund für die angegebene Forderung *Sommer*'s bezw. für die Hoffnungen, welche *Michel* rücksichtlich der totalen Kreuzung der Sehnerven im Chiasma der Säuger und des Menschen daran zu knüpfen scheint. Zwar möchte ich hier nicht wiederholen, was *Forel* und auch *v. Monakow* über secundäre Degeneration oder Atrophie in ihren oben citirten Arbeiten und anderweitig ausgeführt haben, wohl aber darauf aufmerksam machen, dass gerade *v. Monakow* auf Grund von experimentell erzeugten Degenerationen, die *Michel* in Consequenz seines Heidelberger Vortrags für unmöglich erklären müsste, zur Aufstellung seines erwähnten Schemas von der histologischen Anordnung der optischen Centren und Leitungsbahnen gelangt ist, noch ehe ihm die Befunde *S. Ramon*'s bekannt geworden waren. Wenn aber *Michel* sagt, dass die Gegner der totalen Opticuskreuzung im Chiasma (der Säuger) eine vollständige Degeneration aller Fasern des dem enucleirten Auge gegenüberliegenden Sehtractus forderten, und sodann diese Forderung als unrichtig bezeichnet, so möchte ich hierauf nur erwidern, dass die Begründer und Vertreter der partiellen Sehnervenkreuzung sich ihrerseits keineswegs die Mühe haben verdriessen lassen, einwandfreie Beweise für die Richtigkeit ihrer Behauptungen zu erbringen anstatt sie den Gegnern zuzumuthen. Mögen Gesetze und Bedingungen der secundären Degeneration oder Atrophie lauten, wie immer sie wollen, mögen die Ernährungscentren der Opticusfasern central oder peripher oder an beiden Orten gelegen sein und ihre physiologische Thätigkeit bestehen in was immer sie wolle: wer wie *Gudden* und *Ganser*, oder auch wie *Singer* und *Münzer*, *Williamson*, *Siemerling*, *Delbrück*, *Darkschewitsch* u. A. sei es an Thier oder Mensch einen Theil der Nervenfasern des Opticus vom Tractus der einen Seite des Gehirns zum gleichseitigen Nervus opticus bezw. zum gleichseitigen Auge in continuo deutlich und für Jedermann ersichtlich und überzeugend darthut, hat wahrlich keine

Digitized by Google

Forderung zu stellen im Sinne *Michel*'s, um die Behauptung einer totalen Kreuzung abzuweisen, und wird über dem Verlangen einer Revision seiner Wahrnehmungen und seiner Schlussfolgerungen ruhig zur Tagesordnung übergehen können. Wohl aber muss es bei so skrupulöser Peinlichkeit Jedermann befremden, dass *Michel* in jenem mehrerwähnten Heidelberger Vortrag den nach einseitiger Enucleation erhaltenen Rest von peripheren Fasern des contralateralen Lobus opticus der Taube mit dem von *Singer* und *Münzer* beschriebenen medialen Tractusantheil d. h. dem medialen Trabanten der hinteren unteren Opticuswurzel identificirt, obwohl sich diese beiden vermeintlichen Contingente des Tractus opticus bezüglich ihrer Degeneration post enucleationem geradezu entgegengesetzt verhalten sollen, und arglos daraus die Folgerung zieht: „Dieses Bündel wird aber niemals der Degeneration anheimfallen, wenn es sich hier um Nervenfasern handelt, welche ihr Ernährungsgebiet in dem Lobus opticus besitzen, wobei es sich als eine weitere Folgerung ergiebt, dass die central ernährten Nervenfasern die mediale Partie des Tractus ausschliesslich einnehmen". Was nämlich gerade die Verwunderung *Singer*'s und *Münzer*'s hervorgerufen hat, das ist der rasche Zerfall eben jenes medialen Trabanten nach Enucleation des contralateralen Auges bei der Taube.

Hildburghausen im März 1894.

Erklärung der Abbildungen.

Tafel IV und V.

a = ungekreuzter Theil der Commissura Meynert.
A. S. = Aquaeductus Sylvii.
b = gekreuzter Theil der Commissura Meynert.
c = restirende oberflächliche Faserschicht des Lobus opticus nach Entfernung eines Auges.
c 1 = Fasern aus dem Stil des Nucleus pedunculi zur Oberfläche des Lobus opticus.
C. i. = Commissura inferior Gudden.
C. l. = Corpus laterale (geniculatum thalamicum Bellonci).
C. M. = Commissura Meynert.
Comm. A. S. = Commissura Aquaeductus Sylvii.
Comm. p. = Commissura posterior.

Digitized by Google

d = Fibrae ansulatae Bellonci (?).
e = Zellenlage im Lobus opticus.
f = faserige Unterlage des Nucleus radicis anterioris superioris medialis.
Fasc. g. h. = Fasciculus ganglii habenulae.
G. h. = Ganglion habenulae.
Gang. m. thal. = Ganglion mediale thalamicum.
Gl. p. = Glandula pinealis.
Lob. opt. = Lobus opticus.
N. II. = Nervus opticus.
N. III. = Nervus occulomotorius.
N. IV. = Nervus trochlearis.
N. IV. r. a. = Ramus nervi trochlearis aberrans.
N. n. IV. = Nucleus nervi trochlearis.
N. p. = Nucleus pedunculi.
N. r. a. s. med. = Nucleus radicis anterioris superioris medialis.
N. r. inf. p. med. = Nucleus radicis inferioris posterioris medialis.
P. c. = Pedunculus cerebri.
P. c. d. l. = Pedunculus cerebri dorsalis lateralis.
P. c. d. m. = Pedunculus cerebri dorsalis medialis.
R. a. s. = Radix anterior superior.
R. a. s. med. = Radix anterior superior medialis.
R. inf. p. = Radix inferior posterior.
R. inf. p. med. = Radix inferior posterior medialis.
St. Sch. = Strahlenförmige Scheidewand.
T. o. = Tractus opticus.
v. = Pedunculus ventralis.
V. c. = Valvula cerebelli.
Ventr. III. = Ventriculus tertius.
x = Homologon eines Fornixrudimentes (?).
Z = Schicht der grossen Zellen in der Innenwand der Lobi optici.
dex. = dexter.
sin. = sinister.

Digitized by Google

Abgrenzung und Differenzial-Diagnose der Paranoia.[1])

Von

Dr. **A. Cramer,**
2. Arzt der Landirrenanstalt Eberswalde.

Die genauere klinische Detail-Forschung der neueren Zeit hat vielfach zu Versuchen einer neuen Gruppirung und Benennung der Geisteskrankheiten geführt und dabei nicht selten für ein und dieselbe Form mehrere Namen geschaffen. Es existiren eine ganze Reihe von Classificationen, welche alle mehr oder minder von einander abweichen. Die Abweichungen sind am grössten in den Gebieten der Psychosen, welche als einfache functionelle bezeichnet werden müssen. Lässt sich für diese grosse Gruppe, soweit die Stimmungsanomalien, die Melancholie und Manie, in Betracht kommen, noch eine verhältnissmässig gute Uebereinstimmung feststellen, so erscheinen die abweichenden Meinungen der Autoren, was die nicht in das Gebiet der Stimmungsanomalien fallenden Psychopathien betrifft, fast unüberwindlich. Gewiss hat es an Versuchen nicht gefehlt, einer zu detaillirten, ich möchte fast sagen, minutiösen Diagnostik in diesem Gebiete vorzubeugen.

Ich nenne vorläufig nur die so ausserordentlich klaren Ausführungen *Westphal*'s[2]) über die primäre Verrücktheit und die so charakteristischen und treffenden Schilderungen *Mendel*'s[3]) über die Paranoia. Doch die Hoffnungen, die sich namentlich an die Arbeit

[1]) Nach einem im psychiatrischen Verein zu Berlin am 15. December 1893 erstatteten Referat.

[2]) *Westphal*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34, S. 252.

[3]) *Mendel*, Paranoia. *Eulenburg*'s Realencyclopädie.

Digitized by Google

Mendel's knüpften, haben sich nicht erfüllt, zwar schreibt *Werner*[1]), indem er das Verdienst *Mendel*'s voll anerkennt, dass nunmehr mit der Einführung des Wortes Paranoia ein Wirrwarr und ein Heer von Ausdrücken für dieselbe Krankheitsform aus der Welt geschafft sei, aber die weitere Entwickelung der Dinge belehrt uns eines anderen, ja es haben sich gerade in der letzten Zeit die Stimmen gemehrt, welche das „vage" Gebiet der Paranoia immer mehr einschränken und also „neue Formen" mit neuen Namen schaffen wollen. Gewiss ist es ein sehr verdienstliches Unternehmen, in genauen klinischen Studien einzelne Krankheitsbilder abzusondern und monographisch zu bearbeiten, wie es *Kraepelin*[2]) und *Kahlbaum* vorschlagen, allein es darf dabei das Ganze nicht aus den Augen verloren werden. Es muss bei allen unseren klinischen Studien immer der Versuch gemacht werden, das neu gefundene mit den bereits vorhandenen Thatsachen in Zusammenhang zu bringen und es muss bei Aufstellung einer neuen Form mit der schärfsten Kritik und der grössten Vorsicht verfahren werden. Dazu gehört in erster Linie eine genaue Prüfung der einschlägigen Literatur.

Durchforscht man die in Betracht kommenden Veröffentlichungen, so wird man sich bald überzeugen, dass die einzelnen Forscher nur deshalb zu so verschiedenen Resultaten kommen, weil sie ihre Classification der Psychosen nach ganz verschiedenen Gesichtspunkten unternehmen und mit einem gewiss berechtigten Eingehen auf Details die allgemeineren Gesichtspunkte häufig unberücksichtigt lassen.

Ich habe gleich im Anfang dieser Arbeit den Ausdruck einfache „functionelle Psychosen" als Sammelbegriff gebraucht. Dass es Geisteskrankheiten auf functionellen Grundlagen, d. h. Psychopathien ohne nachweisbaren, anatomischen Hintergrund giebt, wird Niemand bestreiten. Ebenso werde ich auch keinem Widerspruch begegnen, wenn ich, wie bereits erwähnt, als eine Hauptabtheilung dieser functionellen Psychosen die Stimmungsanomalien, die Melancholie und Manie ansehe. Dagegen werde ich vielfache Opposition treffen, wenn ich meine Ueberzeugung ausspreche, dass

[1]) *Werner*, Die Paranoia. Monogr. Stuttg. b. Enke, 1891.

[2]) *Kraepelin*, Die Abgrenzung der Paranoia. Centralbl. 1892. S. 795.

Digitized by Google

die zweite Hauptabtheilung der Form von Psychosen gehört, welche so verschiedenartig aufgefasst, beurtheilt und benannt worden ist, der Paranoia.[1])

Es wird daher meine nächste Aufgabe sein, zu zeigen, dass alle diese unter so verschiedenen Namen beschriebenen Krankheiten, Wahnsinn, Verrücktheit, Paranoia, Verwirrtheit, Amentia, asthenisches Delirium u. A. eine gemeinsame charakteristische Störung des geistigen Lebens zu Grunde liegt und dass weiterhin gemeinsame Differenziale diagnostische Momente sie aus dem Rahmen der übrigen functionellen Psychopathien herausheben.

Literatur.

Wenn wir zunächst untersuchen wollen, wie die verschiedenen Autoren die in Betracht kommende Krankheitsform aufgefasst und begründet haben, so kann es natürlich nicht unsere Aufgabe sein, auf die ersten Anfänge der psychiatrischen Wissenschaft zurückzugehen und jede Publication zu berücksichtigen, wir müssen vielmehr da beginnen, wo wir schon deutlich unsere moderne Anschaungs- und Beobachtungsweise erkennen und hauptsächlich die Publicationen studiren, welche von grundlegender Bedeutung gewesen sind.

Hoffmann[2]) (1862) versteht unter Verrücktheit eine Geisteskrankheit, wo ein specielles Motiv, bestehend in Sinnestäuschungen, krankhaften Einbildungen und Trieben, so oft es ins Spiel kommt, das Urtheil, Gefühl und Handeln bestimmt, so dass es die Grundlage eines Gedankensystems werden kann. Er hebt ausdrücklich hervor, dass die Krankheit frei von den inneren und äusseren Zeichen des Affectes ist und scheidet eine melancholische, eine exaltirte, eine hallucinatorische und eine instinctive Verrücktheit ab.

Snell[3]) 1885 beschrieb unter dem Namen Monomanie, wie allgemein anerkannt, in klassischer Weise die chronische Form der Paranoia. Er betont dabei, dass die Hallucinationen allgemeiner und wesentlicher mit der Krankheit verbunden sind, als bei den

[1]) Vergleiche das Schlusswort in der Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. März 1894.

[2]) *Hoffmann*, Ueber die Eintheilung der Psychosen etc. Allg. Ztschr. Bd. 19, S. 367.

[3]) *Snell*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 22, S. 368.

Digitized by Google

andern Psychosen. In den seltenen Fällen, wo Sinnestäuschungen fehlen, ergreifen, wie er weiter ausführt, die Wahnideen das Selbstbewusstsein und zwar mit einer so unmittelbaren Gewalt, dass diese Art der Gedankenfälschung der Sinnestäuschung ganz analog und ohne Zweifel von derselben pathologischen Bedeutung ist.

Zwei Jahre später gab auch *Griesinger*, der sich bisher immer gegen die Annahme einer primären Verrücktheit gesträubt hatte, eine solche zu, das Jahr 1868 brachte die bekannte Arbeit *Sander*'s über die sogenannte originäre Verrücktheit.

Findet sich auch, wie *Neisser*[1]) richtig bemerkt, in dieser Publication ein Widerspruch zwischen Text und Fällen, so hat die Arbeit doch das grosse Verdienst, unsere Aufmerksamkeit auf diese bestimmte Gruppe von Kranken zuerst hingelenkt zu haben.

Die epochemachenden Mittheilungen *Westphal*'s[2]), welche in das Jahr 1876 fallen, bedürfen mit Rücksicht auf den Zweck der vorliegenden Zeilen einer besonderen Würdigung. *Westphal* führt aus, dass das Wesentliche bei der Verrücktheit der abnorme Vorgang im Vorstellen ist. In der Sphäre der Vorstellungen (mit oder ohne Sinnesdelirien) spielt sich nach ihm der krankhafte Vorgang ab und der allgemeine Inhalt dieser Vorstellungen bleibt sich immer gleich. Stimmungen, Gefühle und Affecte sind wesentlich abhängig von dem Inhalte der Vorstellungen und Sinnesdelirien. Unabhängig von den Vorstellungen auftretend sind sie accessorisch und ohne Bedeutung.

Die Verrücktheit kann aus einem hypochondrischen Zustand sich herausbilden, indem zunächst Verfolgungsideen entstehen und darauf Grössenideen sich entwickeln. Sie kann aber auch ohne ein hypochondrisches Vorstadium auftreten: Ganz spontan drängen sich gewisse Vorstellungen dem Bewusstseinsinhalte auf und zwar von vornherein mit dem Charakter der Wahnideen.

Das Bild der Verrücktheit kann sich sehr verschieden gestalten, je nachdem die formalen Vorgänge im Denken gestört sind und das motorische Verhalten nach der einen oder anderen Seite hin beeinträchtigt ist. Eine formale Störung des Denkens kann fehlen, aber auch bis zur vollkommenen Verwirrung sich steigern.

---

[1]) *Neisser*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 19, S. 495.

[2]) *Westphal*, l. c.

Digitized by Google

Eine 3. Art der Entwickelung der Verrücktheit ist die aus plötzlich — anscheinend in voller Gesundheit — mit grosser Gewalt und in grosser Ausdehnung aufspringender Hallucinationen, meist vorzugsweise des Gehörs, — eine Art der Entstehung, die für die überlieferten Anschauungen so viel Auffallendes hat, dass *Westphal* selbst lange daran zweifeln zu müssen glaubte. Die intellectuelle Schwäche gehört nach *Westphal* nicht zu wesentlichen Charakterzügen der Verrücktheit. In zahlreichen Fällen findet sich keine Spur davon, in anderen, in welchen sie sich findet, bestand sie von jeher und ist nicht als ein Produkt der Krankheit zu betrachten. *Westphal* ist der erste, der von einer acuten Entwickelung und einem acuten Verlauf der Verrücktheit spricht, und es ist nur zu bedauern, dass er uns diese Form von Verrücktheit nicht genauer charakterisirt hat, es wäre sicher sonst mancher Streit über das Wesen dieser Form und deren Bestehen überhaupt unterblieben. Schliesslich sei noch bemerkt, dass *Westphal* auch die *Sander*'sche Gruppe in anerkennender Weise erwähnt, *Kahlbaum*'s Katatonie als Form für sich nicht anerkennt und eine abortive Form der Verrücktheit aufführt, welche im Wesentlichen durch das Auftreten von Zwangsvorstellungen charakterisirt ist.

War mit diesen Mittheilungen *Westphal*'s eine sichere Grundlage gegeben, auf der weiter gearbeitet werden konnte, so hat doch eine ganze Reihe von Forschern einen andern Weg eingeschlagen und eine andere Nomenclatur gewählt. Nicht wenig hat dazu die Lehre von den psychischen Entartungen beigetragen, die, wie wir später sehen werden, auch von *v. Krafft-Ebing* z. Th. acceptirt worden ist und namentlich in Frankreich festen Boden gefunden hat.

Auf den *Westphal*'schen Anschauungen fussend, hat *Schäfer*[1]) seine Beiträge zur psychiatrischen Formenlehre entwickelt, doch braucht er nicht die Bezeichnung Verrücktheit, sondern Wahnsinn. Zwei Erscheinungen sind es nach ihm hauptsächlich, welche bei Entstehung der Verrücktheit in Betracht kommen, 1) dass Gedanken, die als begründete Muthmaassungen oder als äusserlich unmotivirte, phantastische, oft ganz unsinnige Einfälle in dem Spiel der Gehirnerregung auftauchen, alsbald die Kraft der Ueberzeugung annehmen,

[1]) *Schäfer*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 36, S. 254.

Digitized by Google

ohne dass zugleich die Denkfähigkeit im Allgemeinen geschwächt wäre, 2) Sinnestäuschungen, welche bei keiner Psychose so häufig sind, als im Wahnsinn. So lange die Bildung von Wahnvorstellungen noch im Flusse ist und bei den Exacerbationen der Krankheit, sowie bei dem Uebergange in eine neue Phase, wie von Verfolgungsideen zu Grössenideen, pflegen Sinnestäuschungen nicht zu fehlen. Auf dem Boden der Krankheit wiederholen sich, wie *Schäfer* ausführt, die Sinneserregungen beständig, immer neue treten auf, um zu denselben wahnhaften Schlüssen zu führen, die gesunden Vorstellungen sind zurückgedrängt, die Kritik ist aufgehoben. Oft besteht im Anfange eine allgemeine Erregung, welche die Besonnenheit mehr oder minder aufhebt. Diese neue Lage des gesammten individuellen Vorstellungskreises ist kein unwesentliches Element des Wahnsinns. Sie bedeutet die gänzlich veränderte Anschauungsweise des Wahnsinnigen, sie bedeutet nicht den Verlust der alten Vorstellungen, aber doch ihre Modification durch die neuen, sei es in Folge der Accomodation an die Wahnvorstellungen oder, was wahrscheinlicher ist, in Folge einer secundären Veränderung der Rindenthätigkeit durch den Einfluss der veränderten Sinnesempfindung. Der Hauptnachdruck ruht auf der primären Veränderung des Sinnesgebietes. *Schäfer* unterscheidet eine einfache und eine hypochondrische Form, die wiederum in acute und chronische Gruppen zerfallen, dazu kommt noch die originäre Form *Sander*'s. Für die acuten Formen sieht er in den Hallucinationen die wesentliche Erscheinung und die hauptsächlichste Quelle der Erregung. *Merklin*[1]), der die Krankheit im Anschluss an *Westphal* mit Verrücktheit bezeichnet, unterscheidet eine einfache chronische Verrücktheit mit der Untergruppe des Querulantenwahns und eine acute Verrücktheit. Später spricht er sich für eine generelle Trennung der Verwirrtheit von der Verrücktheit aus[2]). Ebenso schliesst sich *Buch*[3]) *Westphal* an.

Fast gleichzeitig und kurz nach dem Vortrage *Westphal*'s wurde das Studium der acuten hierher gehörigen Fälle

[1]) *Merklin*, Studien über die primäre Verrücktheit. Dorpat 1879.

[2]) *Merklin*, Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 47, S. 626.

[3]) *Buch*, Fall von acuter primärer Verrücktheit. Archiv f. Psych. Bd. XI, S. 485.

Digitized by Google

eifrig in Wien betrieben[1]), und ist es vor allem das Verdienst von *Meynert* und *Fritsch* hier zuerst eine genaue klinische Schilderung gegeben zu haben.

Fritsch[2]), der diesen Fällen den Namen „Verwirrtheit" giebt, und sie als eine selbständige Krankheitsform im Gegensatz zu *Westphal* von der Verrücktheit gesondert haben will, sieht als Grunderscheinung dieser Krankheitsart eine Unklarheit des Bewusstseins und Urtheils an, aus dem Mangel an klarer Beurtheilung der gesammten äusseren Vorgänge resultirt nach ihm die Eigenthümlichkeit des psychomotorischen Verhaltens. Dabei ist der Bewusstseinsinhalt bezüglich seiner Anordnung, des Ablaufs der ihn constituirenden Vorstellungen in heftige Schwankungen und in Unordnung gerathen. Das gesammte Vorstellungsleben erleidet charakterische Abänderungen, insofern eine Menge falscher Nachrichten von Urtheilsverkehrtheiten das Bewusstsein passiren, andrerseits zeigt sich eine Unzusammengehörigkeit und Ungeordnetheit der Vorstellungen. Die oft regellos in buntem Gewirr auftauchenden Vorstellungen führen zu jener Incohärenz, zu jenem Abgerissen- und Zerfahrensein der sprachlichen Aeusserungen. Diese Verwirrtheit der Sprache complicirt sich zuweilen durch Hinzutreten einer der Aphasie nicht unähnlichen Störung, einer Pseudoaphasie. Auf dem gemeinsamen Boden geschwächter Hemisphärenthätigkeit gelangen weiterhin neben der Unklarheit des Bewusstseins zahllose in den Bewusstseinsinhalt sich eindrängende Hallucinationen zur Entwicklung, dabei scheinen intercurrirende Aufregungszustände mit der Erscheinung amönomanischer oder tobsüchtiger Stimmung zum grossen Theil in hallucinatorischen Vorgängen begründet. *Fritsch* führt sodann weiter aus, dass Zustände von Verwirrtheit symptomatisch innerhalb einer Reihe ganz bestimmter selbständig begrenzter Psycho-

[1]) Die Publicationen von *Herz* und seinem Schüler *Féaux* bringen eine recht gute Charakteristik der primären Verrücktheit, aber keine neuen Gesichtspunkte, so dass sie nicht ausführlicher erwähnt zu werden brauchen.

Herz tritt für die Bezeichnung Wahnsinn, Sinnenwahn ein und ebenso spricht *Féaux*, der auch acute Fälle beschreibt, von einem hallucinatorischen Wahnsinn. (*Herz*, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 35, S. 271. *Féaux*, Dissertation. Marburg 1878.)

[2]) *Fritsch*, Die Verwirrtheit. Jahrbücher f. Psych. Bd. II, S. 27.

Digitized by Google

sen, z. B. bei Epileptikern, bei Herderkrankungen des Gehirns bei Melancholie und Manie, beim Delirium und schliesslich auch bei der primären Verrücktheit vorkommen können und befürwortet dringend eine klinische Trennung der Verwirrtheit von der primären Verrücktheit. „Was speciell die hallucinatorische Verwirrtheit betrifft, so müssen wir trotz mancher Berührungspunkte, welche sie in Hinsicht auf Prävalenz von Hallucinationen und Wahnideen mit primärer Verrücktheit (Wahnsinn) gemein hat, vom klinischen Standpunkte eine Trennung befürworten. Der wesentlich abweichende Ausgang der primären Verrücktheit, die allmälig unter Controle des Bewusstseins sich vollziehende Umwandlung des Ich auf dem Wege eines durch hypochondrische und hallucinatorische Eindrücke eingeleiteten Beachtungswahns, die logische Gliederung der Wahnvorstellungen, die lange Dauer, die Seltenheit der Hallucinationen lassen wohl eine Trennung derselben von solchen acuten Fällen der Verwirrtheit nothwendig erscheinen; hier handelt es sich um einen rasch sich entwickelnde, durch eine Fülle von Hallucinationen sich kennzeichnenden Vorgang mit Unklarheit des Bewusstseins und Urtheils, der einen gesetzmässigen Aufbau gefestigter Wahnideen nicht zulässt, ein Vorgang, der nach kurzem Verlauf nicht selten in vollständige Genesung übergeht.

Meynert[1]) tritt ebenfalls für die Trennung ein, er meint, diese von *Westphal* mit wenigen Worten hervorgehobene Form (acute primäre Verrücktheit) unterscheidet sich in zwei Dingen von der primären Verrücktheit, dem Wahnsinn. 1. Findet dieser Zustand keine so typische Entwickelung aus Hypochondrie und Beachtungswahn und zweitens handelt es sich bei der so zu sagen amönomanischen Form der primären Verrücktheit um Wahnideen, welche in mehr oder weniger logischer Weise begründet werden und über welche der Kranke eines Räsonnements fähig ist, während jene acute hallucinatorische Form ein directes Irrereden zeigt. Den Stimmungswechsel bei dieser acuten Form bringt *Meynert* von dem Inhalte der Sinnestäuschungen in Abhängigkeit. *Kahlbaum*'s katatonische Erscheinungen kommen symptomatisch auch bei der

[1]) *Meynert*, Die acute (hallucinatorische) Form des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrb. f. Psych. Bd. II, 181.

Digitized by Google

acuten hallucinatorischen Verwirrtheit vor. *Konrad*[1]) schliesst sich *Meynert*'s Bezeichnung und Anschauung an.

Bei der Abspaltung der hallucinatorischen Verwirrtheit von der primären Verrücktheit ist es nicht geblieben, es sind vielmehr bis in die jüngsten Tage, wie bereits erwähnt, immer neue Differenzirungen erfolgt.

Wir orientiren uns am besten über die Mannigfaltigkeit der verschiedenen Anschauungen, wenn wir zunächst die Classification der hierher gehörigen krankhaften Zustände in einigen von unseren bekanntesten Lehrbüchern ansehen. Bei *v. Krafft-Ebing*[2]), der wie ein grosser Theil der Franzosen der psychischen Entartung einen bedeutenden Einfluss auf die Gestaltung der Psychosen zuschreibt, finden wir den hallucinatorischen Wahnsinn als den Psychoneurosen zugehörig gleichwertig mit Melancholie und Manie beschrieben, die originäre Paranoia, die erworbene tardive Paranoia mit den verschiedenen Unterformen (typische Form der erworbenen Paranoia, Paranoia quaerulans, Paranoia religiosa, Paranoia erotica) gehört dagegen den psychischen Entartungen an, während die Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen, die Paranoia neurasthenica und die Paranoia (sexualis) masturbatoria den aus constitutionellen Neurosen entstandenen Geisteskrankheiten zugerechnet werden. Was zunächst den hallucinatorischen Wahnsinn anbetrifft, so entspricht er, wie *v. Krafft-Ebing* selbst hervorhebt, der acuten primären Verrücktheit der anderen Autoren (*Westphal, Schäfer* etc.). Aus seinen Erörterungen über den hallucinatorischen Wahnsinn erscheint mir Folgendes für unsere Betrachtungen von Wichtigkeit. Die Krankheit entwickelt sich auf dem Boden der functionellen Erschöpfung, z. B. nach fieberhaften Erkrankungen, sie hat ein kurzes Incubationsstadium, bewegt sich im weiteren Verlaufe in Remissionen und Exacerbationen, kann als episodische Zustandsbilder auch stuporöse und katatonische Erscheinungen zeigen, dauert im Mittel einige Monate und geht in Genesung oder Blödsinn aus. Ein Uebergang in eine systematische Paranoia hat *v. Krafft-Ebing* nie beobachtet und

---

[1]) *Konrad*, Zur Lehre von der acuten hallucinatorischen Verworrenheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 36, 543.

[2]) *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch d. Psychiatrie. 3. Aufl. 1888.

Digitized by Google

hält er deshalb die Auffassung, welche in dem hallucinatorischen Wahnsinn eine acute Paranoia sieht, für unhaltbar.

Als Wesen der Krankheit sieht *v. Krafft-Ebing* eine functionelle Schwäche des Denkorgans, eine Ueberfüllung des Bewusstseins mit Sinnesdelirien an. Die erste Störung erscheint besonders folgenschwer bezüglich der Apperception und der Vorgänge der Schluss- und Urtheilsbildung, welche schwer darniederliegt. Das Bewusstsein ist häufig erheblich getrübt und es findet sich eine grosse Unorientirtheit in Bezug auf örtliche und räumliche Verhältnisse. Trotzdem ist die Rückerinnerung manchmal noch auffallend gut.

Bei mehr chronisch verlaufenden Fällen treten die Sinnestäuschungen nicht so massenhaft und mehr episodisch auf, so dass sich Delirien von einiger Dauer und Zusammenhang entwickeln können. Inhaltlich sehr verschieden sind sie ohne alle Systematik. Die Delirien knüpfen an Sinnestäuschungen fast ausschliesslich an oder sind Primordialdelirien. Nur gelegentlich stellen sie allegorisirende Umdeutungen von Sensationen dar.

Im Gegensatz zu diesem hallucinatorischen Wahnsinn sieht *v. Krafft-Ebing* in der Paranoia eine chronische, ausschliesslich bei Belasteten vorkommende und häufig aus constitutionellen Neurosen sich entwickelnde psychische Krankheit, die primär entsteht. Paranoia bei einem Nichtbelasteten hat er nie beobachtet.

Bei den Paranoikern bleibt nach *v. Krafft-Ebing* die formale Seite des intellectuellen Lebens verhältnissmässig verschont. Der Kranke urtheilt und schliesst auf falschen Prämissen und führt ein Wahngebäude auf, dessen Fundamente und Bausteine Fictionen sind. Die Stimmungen und Handlungeu des Kranken sind Reactionserscheinungen auf Wahnideen und Sinnestäuschungen. Hauptsymptome sind die Wahnideen, welche primitive Schöpfungen des kranken Gehirns darstellen, im Gegensatz zu den Delirien des Wahnsinns von vornherein methodischen, systematischen Charakter haben, sich durch Schluss- und Urtheilsprozesse entwickeln und zu einem förmlichen Wahngebäude sich ausgestalten. Im Anfange des Leidens entwickeln sich Ansätze zu Wahnideen aus Einbildungen,

Digitized by Google

fehlerhaften Schlüssen, denen eine bemerkenswerthe originäre Paralogik zu Hülfe kommt; ferner aus Gedächtnissillusionen und gelegentlich selbst aus wirklichen Erinnerungstäuschungen. Den Eintritt der Krankheitshöhe bezeichnen die Hallucinationen, deren Verwerthung zur Wahnbildung mit nunmehr voll entwickeltem paranoischen Bewusstsein (geschwundene Kritik) jetzt meist hemmungslos erfolgt. Bei aller scheinbarer Lucidität des Bewusstseins, ist dieses jedoch in eigenthümlicher Weise gestört, insofern trotz fehlender Affecte, trotz erhaltener Apperception und Besonnenheit der Kranke gleichwohl alle jene Sinnentäuschungen etc. nicht zu corrigiren vermag, sie vielmehr kritiklos als Thatsachen hinnimmt und verwerthet. Der Schwerpunkt der Krankheit liegt somit in Störungen der Vorstellungssphäre (Wahn und aufgehobene Kritik). Einen Ausgang der Paranoia in Genesung oder Demenz bestreitet *v. Krafft-Ebing*.

Schüle[1]), unser Meister, einer ansprechenden und charakteristischen, klinischen Schilderung, gebraucht den Ausdruck Wahnsinn gleichwerthig mit Paranoia und unterscheidet einen chronischen, acuten und attonischen Wahnsinn (gleichwerthig mit Katatonie). Die originäre Verrücktheit und den Quärulantenwahnsinn führt er in dem Capitel über das hereditäre Irresein auf.

Wie für den chronischen Wahnsinn so auch für den acuten ist nach *Schüle* charakteristisch, dass die Stimmung stets eine reactive ist, d. h. durch Sinnestäuschungen bedingt und unterhalten wird. Dabei handelt es sich um eine Störung des Vorstellungslebens. Es besteht eine Hemmung oder Förderung der Ichgruppe mit allegorisirender Apperception oder eine Auflösung des Ichs durch jäh hereinbrechende Sinnestäuschungen. Im ersten Falle bleibt das Ich erhalten, wiewohl es ein gefälschtes, weil es dem Zwange der unbewusst sich vollziehenden Objectivirung jenes subjectiven Hemmungs- oder Förderungsgefühles unterliegt, im zweiten Falle wird das Ich verdunkelt, weil die krankhaft erregten Sinnescentren das geistige Blickfeld einnehmen und beherrschen. Die Genese des Prozesses setzt einen begleitenden, logischen Defect, eine geschwächte oder mangelnde Kritik und Re-

[1]) *Schüle*, Klinische Psych. Leipzig 1886.

Digitized by Google

flexion (Schwäche und Ausschaltung der Gehirnthätigkeit). Es ist nach *Schüle* weiter für die typische chronische Wahnsinnsform charakteristisch, dass sie eine sogenannte partielle Bewusstseinsstörung herausbildet, neben welcher der übrige Theil des geistigen Geschehens (das gesunde Ich) sich noch zu conserviren vermag. Dabei bleiben die formalen logischen Formen erhalten. Beim acuten Wahnsinn findet sich eine mehr oder weniger tiefe und anhaltende Bewusstseinsstörung und ein bald logisches, bald kaleidoskopisches Innenspiel von Sinnestäuschungen und Einfällen. Dabei treten häufig ebenso wie beim chronischen Wahnsinn Remissionen und Exacerbationen auf. Die Exacerbationen beim chronischen Wahnsinn stellen symptomatologisch nichts anderes dar und sind auch nichts anderes als acute hallucinatorische Wahnsinnsformen.

Schüle unterscheidet eine Menge von Unterabtheilungen, die, wie seine schönen Schilderungen beweisen, sicher ihre klinische Berechtigung haben, aber für unsere Untersuchung ohne Bedeutung sind und daher nicht gesondert erwähnt zu werden brauchen. Die originäre Verrücktheit ist nach *Schüle* jene Gruppe des typischen Wahnsinns, welche nicht wie die erworbene ein Produkt einer späteren nervösen Affection darstellt, sondern aus einer abnormen Anlage herauswächst.

Kraepelin[1]) gebraucht das Wort Paranoia in seiner Classification nicht, er führt die hallucinatorische Verwirrtheit, den Wahnsinn und die Verrücktheit als gesonderte Formen auf. Von den verschiedenen Delirien unterscheidet sich nach *Kraepelin* die hallucinatorische Verwirrtheit, welche zu den acuten Erschöpfungszuständen gerechnet wird, durch die längere Dauer und die selbständige psychologische Entwickelung, durch die Aetiologie und günstige Prognose. Gegenüber dem hallucinatorischen Wahnsinn weist *Kraepelin* hauptsächlich auf die grössere Verwirrtheit, den phantastischen Reichthum der Sinnestäuschungen und den zumeist rascheren Verlauf hin, er hält es aber dabei doch für möglich, dass wir es bei den Collapsdelirien, bei der hallucinatorischen Verwirrtheit und gewissen Formen des hallucinatori-

[1]) *Kraepelin*, Psychiatrie. 3. Aufl. 1889. S. 256. Die neueste Auflage ist uns erst nach Abschluss des Referates zugegangen.

Digitized by Google

schen Wahsinns mit analogen, krankhaften Vorgängen zu thun haben. Bei der Verwirrtheit entsteht rasch eine ziemlich tiefgreifende Trübung des Bewusstseins, dabei treten zahlreiche Sinnestäuschungen auf. Die durch die Sinnestäuschungen vorgespiegelten Vorgänge haben alle etwas traumhaft unbegreifliches, werden aber von den Kranken als Wirklichkeit aufgefasst. Die Stimmung ist eine stets wechselnde, wenn auch ängstliche Affecte überwiegen.

Der Wahnsinn zeichnet sich durch detaillirtere Ausbildung der intellectuellen Störung (Wahnideen und Sinnestäuschungen) durch begleitende Affecte und raschen Verlauf aus.

Bei dem hallucinatorischen Wahnsinn sind die hervorstechendsten Erscheinungen Sinnestäuschungen, aus denen sich weiterhin Wahnideen und Stimmungsanomalien herausbilden. Dabei verliert der Kranke unter dem Eindruck der Täuschung die Orientirung.

Kraepelin unterscheidet eine acute und chronische Form. Die Diagnose der ersteren stützt sich auf die ganz acute Entwickelung, den günstigen Verlauf und den eigenthümlichen Charakter der Hallucinationen, welche sich häufig nicht direct an den Zuhörer wenden, sondern von ihm gewissermaassen als unfreiwilliger Zuhörer aufgefasst werden.

Was die chronische Form betrifft, so sind für die Diagnose gegenüber der Verrücktheit die allgemeinen Kriterien des Wahnsinns, acute und subacute Entwickelung, lebhafter Affect, Wechsel und Zusammenhanglosigkeit der Wahnideen und endlich der relativ schnelle Ausgang in Heilung oder physische Schwäche zu verwerthen. Für den depressiven Wahnsinn führt *Kraepelin* als charakteristisch Versündigungsideen und Sinnestäuschungen von infernalisch überwältigendem Charakter oft entsprechend dem Versündigungswahn an. Der depressive Wahnsinn kommt den melancholischen Zuständen nahe, er pflegt sich auch unter ähnlichen Verhältnissen zu entwickeln, doch scheint die Prädisposition eine grössere ätiologische Rolle zu spielen. Häufig sind bereits psychische Erkrankungen vorausgegangen. Von der Melancholie unterscheidet er sich durch die überaus phantastische Entwickelung der intellectuellen Störung, von den senilen Erkrankungen durch die Intensität der Affecte, den grösseren Ideenreichthum und durch das geringe Hervortreten der psychischen Schwäche.

Digitized by Google

Im Gegensatze hierzu steht der expansive Wahnsinn, charakterisirt durch Grössenideen und gehobene Stimmung, er ist abgegrenzt gegen die Verrücktheit durch die acute Entwickelung, den günstigen Verlauf (resp. den raschen Ausgang in Verwirrtheit).

Bei der Verrücktheit handelt es sich um eine tiefgreifende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit, krankhafte Auffassung und Verarbeitung äusserer und innerer Eindrücke.

Die Krankheit greift in die höchsten intellectuellen Functionen hinein, entwickelt sich auf der Basis einer allgemeinen Unzulänglichkeit der Kritik eines Zustandes geistiger Invalidität. Das Erfahrungsmaterial wird durch die mannigfachsten subjectiven Elemente verfälscht. Das charakteristische Symptom ist eine von dem Kranken dauernd festgehaltene Wahnidee oder ein System solcher Wahnideen. Entweder sind es Sinnestäuschungen, aus denen die Wahnideen hervorgehen, oder sie treten als einfache phantastische Combinationen (Primordialdelirien) ins Bewusstsein, die bisweilen vollkommen frei entstehen, meist aber sich an wirkliche Sinneseindrücke anlehnen. Dabei ist die Helligkeit des Bewusstseins ungetrübt, die Besonnenheit vollkommen erhalten. Die Prognose ist absolut ungünstig, der Ausgang stets ein mehr oder weniger hochgradiger Schwachsinn. Die Unterabtheilungen sind folgende: 1. Der hallucinatorische Verfolgungswahn. 2. Der combinatorische Verfolgungswahn. 3. Die hypochondrische Verrücktheit. 4. Der Querulantenwahn. 5. Der hallucinatorische Grössenwahn. 6. Der combinatorische Grössenwahn. 7. Die originäre Verrücktheit.

Was die Katatonie betrifft, so unterscheidet *Kraepelin* einen katatonischen Wahnsinn und eine katatonische Verrücktheit nach denselben differenzial-diagnostischen Momenten, nach welchen er Wahnsinn und Verrücktheit trennt.

Salgo[1]) gehört zu Vertretern der Anschauung, dass bei der Verrücktheit immer ein psychischer Schwächezustand vorhanden sein müsse. Er stellt der nur selten heilbaren Verrücktheit die acute hallucinatorische Verwirrtheit gegenüber. „So lange ein Individuum", führt er aus, „seinen Hallucinationen oder Wahnideen mit richtigem Urtheil und intacter Intelligenz gegenübersteht,

[1]) *Salgo*, Compendium d. Psych. 2. Aufl.

Digitized by Google

ist auch von Verrücktheit noch keine Rede. Bei der Verrücktheit handelt es sich um einen psychischen Schwächezustand, dessen Cardinalsymptome neben der Demenz systematisirte Hallucinationen und Wahnideen sind.“ Im weiteren spricht sich *Salgo* gegen die gegenwärtige Eintheilung der Verrücktheit aus, er meint dabei anscheinend die Classification von *Schüle* und *Kraepelin*, vielleicht auch von *v. Krafft-Ebing*.

„Man differenzirte nicht nur eine melancholische und maniakalische Verrücktheit, sondern sonderte auch eine Gruppe mit Verfolgungs- und Grössenideen als typisch ab und sprach endlich auch von einer Verrücktheit mit vorwiegendem Begattungswahn; es leuchtet ein, dass damit der Trennung ins Unendliche alle Thüren geöffnet und dem individuellen Geschmacke der Beobachter Concessionen gemacht werden, welche die gemeinsame Verständigung aufs ärgste schädigen und ganz in Frage stellen müssen.“ In dem Irresein mit Zwangsvorstellungen sieht *Salgo* eine abortive Form der Verrücktheit im Sinne *Westphal's*.

Die acute hallucinatorische Verwirrtheit *Salgo's* ist eine Form von psychischer Erkrankung von verhältnismässig rasch ansteigender Entwickelung, welche charakterisirt ist durch massenhaft und rasch wechselnde Hallucinationen, wobei die Stimmung des Kranken entsprechend den rasch wechselnden Sinnestäuschungen in rapidem Wechsel sich befindet. Bei acutem Beginn finden sich nicht selten Remissionen. Die Heilung vollzieht sich langsam, ein grosser Theil geht in einen chronischen irreparablen Zustand über. Einzelne Fälle verlaufen unter anhaltender Erregung tödtlich, dementsprechend ist auch das Delirium acutum hierher zu rechnen. Unter den Krankheiten welche bei der Differenzial-Diagnose Schwierigkeiten machen können, führt *Salgo* auch die chronische Verrücktheit auf, und erwähnt, dass dieselbe mitunter durch eine wochen- und monatelange Phase totaler hallucinatorischer Verwirrtheit mit hochgradiger Aufregung unterbrochen wird und dass diese passagère Phase das Krankheitsbild dasjenige der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit ist.

Ein grosses klinisches Material und eine umfangreiche theoretische Entwickelung bringt *Meynert*[1]) zur Begründung einer im

[1]) *Meynert*, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. 1890. S. 33.

Digitized by Google

grossen und ganzen seiner früheren hallucinatorischen Verwirrtheit entsprechenden Krankheitsform, der er den Namen Amentia giebt. Auf die theoretischen Erwägungen, gegen die, so geistreich sie auch sind, vieles sich einwenden lässt, brauchen wir nicht näher einzugehen, da sie für unsere Untersuchungen ohne Belang sind, dagegen sind die klinischen Untersuchungen und Angaben in vielfacher Beziehung von Wichtigkeit.

Es macht sich bei der Amentia nach ***Meynert*** ein gänzlicher oder theilweiser Ausfall der Associationsleistung, der Coordination der Rindenbilder, der Gedankengänge geltend. Dieser Associationsmangel macht die Verwirrtheit aus. An eine Bewusstseinseinengung ist dabei nicht zu denken, der Verwirrte hat die Wahrnehmungen, aber er versteht sie nicht. Hallucinationen brauchen die Verworrenheit keineswegs zu begleiten. Weit inniger hängt mit der reinen Associationsstörung der Verwirrtheit die Illusion zusammen.

„Die wesentliche Kennzeichnung der Grundsymptome der Verwirrtheit ist also zunächst der Zerfall der Associationsanordnung und danach die Illusion, die unbegrenzte Selbsteinredung."

„Im Delirium der Verwirrtheit können Hallucinationen wahrscheinlich ganz fehlen, doch äussern es die Kranken ganz wie Hallucinationen, indem sie sich eine andere Deutung wirkliche Wahrnehmung einreden."

„Die Intensität der Verwirrtheit kann sich zeitweise bis zu einem erinnerungslosen Zustande steigern, dessen höchste Stufe ein zielloses Wort- und Bewegungsdelirium sein kann." Es ist deshalb das Delirium acutum nicht als besondere Form abzusondern.

Dabei sind in flüchtiger, aber doch andauernd erkennbarer Weise Grössenwahn und Verfolgungswahn der Inhalt auch der Delirien der Amentia.

„Von der Paranoia unterscheidet sich die Verwirrtheit durch den klaren Bewusstseinszustand der ersteren, welche durch eine gegliederte Wahnfabel zur fixen Idee führt. Oefter jedoch schliesst die Paranoia wirkliche Erschöpfungszustände von Amentia vorübergehend ein. Was die Paranoia, die chronische primäre Verrücktheit betrifft, so folgt ***Meynert*** im Wesentlichen den klinischen Anschauungen von ***Snell, Sander*** und ***Westphal.*** Der Kranke

Digitized by Google

ist im Gegensatz zu der Amentia im formalen Denken nicht schwach. Die Beurtheilung der Aussenwelt bleibt meistens klar. „Zweifellos zusammengesetzt sind" nach *Meynert* „auch Fälle von Amentia mit Tobsucht, welche schon vorher Paranoia waren, in welchen Amentia oft wieder mit Restitution eines geordneten Standes von Paranoia verschwindet, in anderen Fällen aber durch den acuten Process einen Anstoss zum Uebergang in tieferen Blödsinn gegeben hat."

Die katatonischen Erscheinungen gehören zur Amentia mit Stupor. Die besten und klarsten Beschreibungen der acuten hierhergehörigen Fälle hat *Wille*[1]) gegeben. Er bezeichnet diese Krankheitsform als „Verwirrtheit". Die Bewusstseinsstörung, Trübung in Form von Verminderung desselben, ist nach ihm das wichtigste und am sichersten leitende Symptom für die Diagnose. Bei der Verwirrtheit ist das Wahrnehmungsvermögen und die Aufmerksamkeit des Kranken geschwächt, das Vorstellungsleben tief gestört. Die Kranken äussern die mannigfaltigsten Wahnideen und Sinnestäuschungen. Häufig und jahrelang bestehen zwangsartig coordinirte Bewegungen. Die meisten Kranken haben Hallucinationen, Illusionen etc. Ohne Zweifel beeinflussen die Sinnestäuschungen vorzugsweise den Stand des Gefühls- und Bewegungslebens des Kranken. Dass die Bewusstseinstrübung von ihnen veranlasst wird, heisst nach *Wille* den Dingen Gewalt anthun. „Die Bewusstseinsstörung ist häufig eine so tiefe, dass die angenommmene Wirkung der Sinnesstörung einfach unmöglich erscheint." Die Verwirrtheit kommt intercurrent bei den verschiedensten Psychosen vor. Eine acute Paranoia erkennt *Wille* an, sie ist dadurch charakterisirt, dass innerhalb der verworrenen Delirien systematisirte und constante Wahnideen vorkommen.

Mayser[2]) schlägt für die Verwirrtheit, für die acute Paranoia den Namen asthenisches Delirium vor, und rechnet dazu auch das Delirium nach Morphium, Chloral-, Kohlenoxydgas- und anderen Intoxicationen.

---

[1]) *Wille*, Zur Lehre von der Verwirrtheit, Archiv f. Psychiatrie. XX. S. 228.

[2]) *Mayser*, Zum sogenannten hallucinatorischen Wahnsinn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42, S. 113.

Digitized by Google

Ich schliesse hier noch eine Mittheilung von *Scholz*[1]) an, weil derselbe in dem Delirium tremens, was die psychologische Seite betrifft, ebenfalls einen primären hallucinatorischen Wahnsinn sieht und wörtlich sagt: „als typpisches Bild dieser Form darf das Delirium tremens, namentlich die protrahirte Form desselben gelten". Er unterscheidet ausser dem primären hallucinatorischen Wahnsinn (resp. Verrücktheit) noch die originäre Verrücktheit.

Zwischen den beiden Gruppen giebt es Mischformen z. B. die primäre Verrücktheit mit Verfolgungswahn, Untergruppen sind: der Quärulantenwahn, die Erotomanie und die Verrücktheit durch Zwangsvorstellungen.

Jung[2]) hebt in seiner Charakterisirung der Verrücktheit hervor, dass alle die betreffenden Kranken mehr oder weniger hirnschwach oder hirnsiech sind und darum Trinker und Wöchnerinnen besonders zu dieser Störung neigen. Der Kern der Störung bei der Verrücktheit ist nach ihm, wie bei *Westphal*, der krankhafte Vorgang im Vorstellen. Der einleitende Wahn entsteht ohne jede Gemüthsunterlage, ohne jedes Nachdenken vorher, er ist nicht Erklärungsversuch, wie in der Melancholie oder Manie.

Die hallucinatorischen Vorgänge können äusserst acut und stürmisch auftreten und durch ihre enorme Masssenhaftigkeit secundäre Verwirrtheit erzeugen und so die Bildung eigentlicher Wahnvorstellungen verhindern oder doch nicht zu Wahn sich verdichten lassen.

Wie bereits erwähnt, gehört *Mendel*[3]) zu den Autoren, welche die verschiedenen hierhergehörigen Krankheitsbilder zusammenfassen. Er nennt die Krankheit Paranoia und unterscheidet eine primäre und secundäre Paranoia. „Die primäre Paranoia ist eine functionelle Psychose, die charakterisirt ist durch das primäre Auftreten von Wahnvorstellungen."

„Die Wahnvorstellungen der primären Paranoia regieren, ohne durch Contrastvorstellungen gestört zu werden, das gesammte geistige Leben des Kranken. Der Ueberrest der nicht krankhaft veränderten Vorstelllungen steht dabei unter sich soweit in gesetz-

[1]) *Scholz*, Ueber primäre Verrücktheit. Berl. klin. Wochenschr. 1880. S. 467, S. 487.

[2]) *Jung*, Ueber die Verrücktheit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 38. S. 551.

[3]) l. c.

Digitized by Google

mässigem Verkehr, als er nicht in Conflict mit der dominirenden Wahnvorstellung kommt."

„Das Fühlen richtet sich nach dem Inhalt der Wahnvorstellungen und ändert sich mit diesem."

„Ebenso ist das krankhafte Handeln die Consequenz des Inhalts der Wahnvorstellungen, mit oder ohne Sinnestäuschungen."

Die abortive Form der Verrücktheit *Westphal*'s gehört nicht zur Paranoia, da es sich ja nicht um Wahnvorstellungen, sondern um Zwangsvorstellungen handelt.

Mendel theilt die primäre Paranoia in eine Paranoia simplex, welche ohne Hallucinationen entsteht und auch im weiteren Verlauf keine oder wenigstens nur vorübergehend oder ganz vereinzelt erkennen lässt und in die Paranoia hallucinatoria, welche von vornherein mit Hallucinationen beginnt, während ihres Verlaufes von denselben begleitet und in ihrem Krankheitsbild wesentlich von demselben beeinflusst wird. Beide zerfallen wieder in eine acute und in eine chronische Form. Als Varietäten der chronischen einfachen Form sind die originäre Verrücktheit *Sander*'s und der Quärulantenwahnsinn zu betrachten, während die hypochondrische Paranoia als Varietät der hallucinatorischen chronischen Form anzusehen ist.

Bei Abhandlung der speciellen Symptomatologie erwähnt ***Mendel***, dass sich bei der Paranoia für längere oder kürzere Zeit ein stuporöser Zustand entwickeln kann. Aus seinen weiteren Ausführungen sei noch Folgendes hervorgehoben:

„Das Bewusstsein ist bei der Paranoia acuta zuweilen vorübergehend gestört, bei der Paranoia chronica selten. Für die in dem bewusstlosen Zustande erlebten Dinge besteht dann eine complette oder partielle Amnesie."

„Die Handlungen resultiren aus den Wahnvorstellungen und in der hallucinatorischen Form besonders aus den Hallucinationen."

Was die Paranoia acuta hallucinatoria betrifft, so bricht nach einem längeren oder kürzeren Prodromalstadium mit allerlei unbestimmten Symptomen ein allgemeines Delirium mit erheblicher Störung des Bewusstseins hervor.[1]) „Diese Delirien sind ausgezeichnet durch massenhafte Hallucinationen, meist in allen Sinnen. Die

[1]) „Delirium hallucinatorium." Berl. klin. Wochenschr. 1894. No. 29.

Digitized by Google

Reden gehen wirr durcheinander, doch lassen sich auch hier schon zuweilen die beiden Reihen von Delirien (Grössen- und Verfolgungsdelirien) erkennen.

„Mit der sich ausbildenden Ideenflucht zeigt der Kranke dann bald das Bild, das wir mit dem Namen „allgemeine Verwirrtheit" zu bezeichnen pflegen, tritt dann noch gesteigerte motorische Erregung hinzu, so erscheint der Patient tobsüchtig und unterscheidet sich in dem frühen Stadium kaum von dem Zustande, den ich als Mania hallucinatoria beschrieben habe."

„Weitaus in der Mehrzahl der Fälle schliesst sich dieser acute stürmische Ausbruch einer hallucinatorischen Paranoia an eine acute, fieberhafte Erkrankung. Typhus, Pneumonie, Pleuritis, Dysenterie, Scarlatina; vor allen sind die puerperalen Erkrankungen hier zu erwähnen."

Als Basis der Verwirrtheit *(Wille)* der démence *(Esquirol)*, des acuten hallucinatorischen Wahnsinns *(Meynert)*, der acuten primären Verrücktheit *(Westphal)*, des acuten sensuellen Wahnsinns *(Schüle)*, der Traumzustände (andere Autoren) sieht *Orchansky*[1]) eine mehr oder weniger tiefe Verdunkelung des Bewusstseins an. „Im Felde des verdunkelten Bewusstseins ist, wie *Orchansky* ausführt, die ganze psychische Thätigkeit des Patienten gleichsam benebelt. Er hat keine klare Vorstellung mehr von seinem eigenen Ich, die Erkenntniss der äusseren Realität und die Grenzen zwischen Ich und nicht Ich sind verschwunden. Die ausgearbeiteten und angelernten Associationsbahnen sind vergessen."

„Bei leichter Verdunkelung des Bewusstseins befinden sich die Patienten gleichsam im Halbschlafe, sie blicken verwundert und erstaunt um sich, wie wenn sie sich bemühen, ihre Umgebung zu erkennen und sich zu orientiren. — Zuweilen gelingt es für einen Augenblick, den Nebel zu zerstreuen, welcher das Bewusstsein einhüllt. — In diesem Zustande hat der Kranke noch eine leise, allerdings nur fragmentarische und summarische Erinnerung an die Vergangenheit, während er auf der Höhe der Verdunkelung des Bewusstseins dem stuporösen und comatösen Zustande nahe steht.

„Nicht selten gesellen sich zu dem Hauptsymptom, zur Verdunkelung des Bewusstseins, Reizungserscheinungen, von Seiten

[1]) *Orchansky*, Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia. Arch. f. Psych. Bd. XX, S. 309.

Digitized by Google

der psychischen Sphäre und zwar Wahnvorstellungen und Hallucinationen hinzu."

„In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erscheint die Verwirrtheit (*Orchansky* meint den traumartigen Zustand mit Verdunkelung des Bewusstseins) nur als eine kurze Episode oder Anfall oder als ein gewisses Entwickelungsstadium einer complicirten Psychose. Meistens tritt sie im Verlauf der primären, sowohl acuten, als chronischen, besonders aber im Verlaufe der degenerativen, d. h. auf der Basis schwerer Neurosen wie Hysterie, Epilepsie und Neurasthenie entstandenen Verrücktheit auf."

„Es ist selbstverständlich, dass in allen solchen Fällen, wo die Verwirrtheit als Phase oder Stadium einer complicirten Psychose auftritt, das oben geschilderte verhältnissmässig einfache Bild der Verwirrtheit durch diejenigen Elemente complicirt wird, welche aus einer vorangegangenen Phase der Psychose in den Zustand der Verwirrtheit übergehen."

Werner[1]) hat sich in sehr verdienstlicher Weise bemüht, durch seine Monographie die verschiedenen Anschauungen über die verschiedene Erscheinungsweise der Paranoia zu einem zusammenhängenden Ganzen zu gestalten. Er braucht consequent nur das Wort Paranoia und unterscheidet 1) eine acute einfache Paranoia, 2) eine chronische einfache Paranoia, 3) eine acute hallucinatorische Paranoia und 4) eine secundäre Paranoia.

Bei der einfachen Paranoia fehlen die Sinnestäuschungen. Was die Erblichkeit betrifft, so ist *Werner* folgender Ansicht: „Die Erblichkeit spielt, wie überall, so auch hier, ihre Rolle und so fand ich, soweit ich den anamnestischen Angaben Glauben beimessen konnte, in 19 pCt. der in den letzten 4 Jahren in die Anstalt aufgenommenen Paranoischer Belastung im Gegensatz zu *Mendel*, der nur 8 pCt. beobachtete."

Die Prognose ist nach *Werner* am günstigsten bei der acuten hallucinatorischen Form.

Werner schliesst die „acute Verwirrtheit" (Amentia *Meynert*'s) gänzlich von der Paranoia aus. Er führt dafür folgende differenzialdiagnostische Momente auf: „Die Cardinalsymptome der Verwirrtheit

[1]) *Werner*, Die Paranoia. Stuttgart 1891, Verlag von Enke.

Digitized by Google

sind, wie schon der Name sagt, ein wirres, zielloses Durcheinanderreden und Handeln verbunden mit tiefer Bewusstlosigkeit. Beides kommt besonders im Anfangsstadium auch bei der Paranoia vor, doch ist die Benommenheit des Sensoriums eine bei weitem geringere und der Wirrwarr der Reden nur ein kurzdauernder. Sehr bald zeigen sich in dem anscheinend confusen Geschwätz bestimmte immer wiederkehrende Worte und Gedanken, aus denen constante Wahnideen herausklingen, die wieder mit bestimmten zielbewussten Handlungen in Verbindung zu bringen sind und deutlich inhaltlich den Charakter der Beeinträchtigung, des Misstrauens und, wie *Meynert* sagt, des Beachtungswahns tragen."

Kirchhoff[1]) theilt die einfachen geistigen Störungen, wir dürfen wohl sagen, die functionellen, in a. Melancholie, b. Manie, c. periodische Formen und d. Paranoia. Die Paranoia zerfällt nach ihm in 1. Wahnsinn, 2. Verrücktheit, 3. Verwirrtheit.

Bei der Paranoia kommt zu den Erscheinungen der Melancholie und Manie, die alle auch bei ihr wiederkehren können, noch die Zusammenfügung oder systematische Verarbeitung von Wahnvorstellungen hinzu. Den Wahnsinn und die Verrücktheit definirt *Kirchhoff* wie folgt: Wahnsinn ist eine geistige Störung, in der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen rasch zu einem in sich zusammenhängenden Ganzen verarbeitet werden in inniger Verbindung mit starken Affecten. Bei der Verrücktheit sind Affecte nur zufällige Bestandtheile der Krankheitsbilder und schwinden dann immer wieder nach flüchtigem Erscheinen. Während des zur vollen Deutlichkeit ausgebildeten Wahnsinns sind die Affecte beständig da, sobald die Wahnideen auftauchen; der Wahnsinn hat entsprechend den An- und Ausklängen aller affectvollen Zustände unregelmässige Schwankungen in seinem Auftreten, die der Verrücktheit in so hohem Grade fehlen; er ist ein acuter Theil der Paranoia, der auch im Ganzen rascher verlaufen und günstigere Aussichten des Verlaufs bieten kann.

Verrücktheit ist eine geistige Störung, in der Wahnvorstellungen meistens mit Sinnestäuschungen zuweilen rasch, in der Regel langsam zu einem fortschreitenden Wahnsystem ausgearbeitet wer-

---

[1]) *Kirchhoff*, Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig u. Wien, bei Fr. Deuticke. 1892.

Digitized by Google

den; die Verbindung mit Affecten ist eine zufällige, allmählich überhaupt schwindende. Die Verrücktheit ist eine Gruppe der Paranoia.

Nach *Kirchhoff*'s Anschauungen kommt die Verrücktheit ausschliesslich bei Belasteten vor und verläuft nur ungünstig, wenn man von einzelnen Fällen absieht, deren Diagnose auch angezweifelt werden kann.

Unter Verwirrtheit versteht *Kirchhoff* hauptsächlich die secundären Zustände nach Wahnsinn und Verrücktheit. Er macht dabei noch folgende Bemerkungen, die für unsere Betrachtungen nicht ohne Interesse sind. „Wir begegnen auch wieder den gelegentlich als acute hallucinatorische Verwirrtheit bezeichneten Zuständen, die wir bei den heftigen Formen der Manie berührten; gehen sie in chronische Erregung über, so wird die Anfangs meistens auch durch Sinnestäuschungen bedingte Verwirrtheit andauernder, obwohl Nachlässe immer wieder eintreten und erkennen lassen, dass noch eine Zusammenfügung der Wahnvorstellungen versucht wird. „Verwirrtheit kann also die Elemente der Paranoia vor oder nach deren völliger Ausbildung ausweisen; einmal die Bausteine, dann die Trümmer des Gebäudes."

Es sei jedoch nicht unerwähnt, dass dieser Autor auch von einer asthenischen Verwirrtheit (offenbar im Anschluss an *Mayser*) spricht, welche er unter den acuten Formen der Seelenstörungen mit Neurasthenie aufführt.

Hatten *Meynert* und *Fritsch* schon, wie wir gesehen haben in ihren ersten Aufsätzen über die „hallucinatorische Verworrenheit" von einer Incohärenz, einem Associationsmangel gesprochen, so geht *Ziehen*[1]) in seiner kürzlich erschienenen Arbeit noch einen Schritt weiter und differenzirt genauer die krankhaften Vorgänge in den verschiedenen Componenten des geistigen Geschehens bei der Paranoia. Er ist der Ueberzeugung, dass bei bestimmten Krankheiten, welche unzweifelhaft der Paranoia zuzurechnen sind, die formalen Störungen des Vorstellungsablaufes eine dominirende Rolle spielen.

---

[1]) *Ziehen*, Ueber Störungen des Vorstellungsablaufs bei der Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 24, S. 112 u. 365.

Digitized by Google

„Wenn gehäufte Hallucinationen", so führt er aus, oder auch Wahnideen sich mit starken positiven oder negativen Gefühlstönen verbinden, so wird der Vorstellungsablauf meist im Sinn einer Beschleunigung, seltener im Sinne einer Verlangsamung verändert. Diese secundäre Veränderung der Ideenassociation ist bekannt, dagegen ist es eine völlig neue Anschauung, mit deren grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit wir uns später befassen werden, wenn *Ziehen* von einer Beschleunigung der Ideenassociation, welche vergesellschaftet mit primären positiven Gefühlstönen, aber unabhängig von Wahnvorstellung und Sinnestäuschungen bei Paranoia auftritt, spricht und dieselbe ebenso wie eine entsprechende Verlangsamung der Ideenassociation als primäre Störung ansieht und schildert.

Primäre Ideenflucht als intercurrirendes Symptom findet sich bei der acuten hallucinatorischen Paranoia und auch bei den acuten Exacerbationen der chronischen hallucinatorischen Paranoia nicht selten nach *Ziehen* und lässt sich mit „grösster Sicherheit" feststellen. Dabei erwähnt *Ziehen* besonders, dass das motorische Verhalten des Kranken während der intercurrenden Anfälle primärer Ideenflucht meist eine krankhafte Agitation zeigt, deren leichtere Grade sich in gesteigerter Gesticulation (zuweilen mit stereotypem und katatonischen Charakter), deren höhere Grade sich in der schwersten Tobsucht äussern können. Endlich bemerkt er noch, dass die intercurrente Ideenflucht der Paranoischen ebenso wie der Maniakalischen in ihren höheren Graden auch zu secundärer Incohärenz führen kann.

Die primäre Verlangsamung der Ideenassociation als intercurrentes Symptom ist nach *Ziehen* bei der Paranoia erheblich seltener als die primäre intercurrente Ideenflucht.

Ein drittes Symptom, das intercurrent bei der Paranoia auftreten kann, ist die primäre Incohärenz der Ideenassociation, man spricht in diesem Falle, wie *Ziehen* bemerkt, von Unorientirtheit oder Bewusstseinsstörung. Dieses Symptom ist bei Paranoia sehr häufig. Was die Affecte betrifft, so sind dieselben nach *Ziehen*'s Erfahrungen bei der intercurrenten primären Incohärenz überhaupt nicht zu erkennen. *Ziehen* ist der Ueberzeugung, dass es eine specielle Form der Paranoia giebt, in welcher diese primäre Incohärenz dauerud das ganze Krankheitsbild be-

Digitized by Google

herrscht und Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen nur eine begleitende Nebenrolle spielen, daraus ergiebt sich nach ihm, dass die von früheren Autoren geschilderten Verwirrtheitsanfälle in zwei Gruppen zerfallen, eine erste, bei welcher die Incohärenz die secundäre Folge von Hallucinationen ist und eine zweite, bei welcher sie primär ist, für die letzte verlangt er eine Sonderstellung im Gebiete der Paranoia[1]). Es ist dabei, wie er auch hier wieder erwähnt, die Bewusstseinsstörung oder Unorientirtheit nicht die Ursache, sondern lediglich Theilerscheinung der Incohärenz. Diese Fälle mit primärer Incohärenz müssen zur Paranoia gerechnet werden, denn ebenso gut wie bei der chronischen Paranoia finden wir auch bei ihnen Wahnvorstellungen und es giebt nach *Ziehen*'s Ueberzeugung kaum eine einfache chronische Paranoia, welche nicht gelegentlich Hallucinationen zeigte und umgekehrt, kaum eine hallucinatorische acute Paranoia, welche nicht gelegentlich primäre Wahnvorstellungen hervorbrächte. Sogar beim Quärulantenwahn hat *Ziehen* Sinnestäuschungen festgestellt. Weiterhin hebt er hervor, dass im Verlauf der einfachen chronischen Paranoia und zwar auch noch im spätesten Stadium plötzlich acute hallucinatorische Anfälle auftreten können, welche in ihrem Symptomencomplex von einer gewöhnlichen hallucinatorischen Paranoia kaum abweichen. Weiter ist nun die acute hallucinatorische Form und die primäre incohärente Form *Ziehen*'s eng verwandt. Es kann primäre Incohärenz auch als intercurrentes Symptom bei der acuten hallucinatorischen Paranoia auftreten und bei der Form mit dominirender Incohärenz Hallucinationen sich intercurrent zeigen. Für diese Form mit dominirender primärer Incohärenz schlägt *Ziehen* den Namen dissociative Paranoia vor. Er stellt dieselbe der acuten hallucinatorischen Paranoia an die Seite und unterscheidet ausserdem noch als dritte Hauptform der Paranoia die Paranoia simplex, mit dominirenden primären Wahnideen[2]). Gelegentlich der genauen Schilderung der

[1]) Bei dieser Gelegenheit spricht er auch von dem sehr unbestimmten Begriff des sogen. Delirium acutum.

[2]) Bei dieser Gelegenheit erwähnt *Ziehen*, dass wahrscheinlich manche [illegible]genann[illegible] [illegible]hnvorstellungen der einfachen chronischen Paranoia

Digitized by Google

dissociativen Form der Paranoia bemerkt er, dass diese Form gegen die acute hallucinatorische Form nicht scharf abgegrenzt ist, und dass es auf der Höhe der Krankheit schwer ist zu entscheiden, ob Hallucinationen überhaupt fehlen oder nicht.

Serbski[1]) will die acuten der uns interessirenden Krankheiten in eine Amentia acuta und eine Paranoia acuta trennen. Für die acute Amentia sind die Cardinalsymptome folgende: 1) die Verwirrtheit, 2) der Affect, welcher entweder während des ganzen Krankheitsverlaufes andauert oder wenigstens in gewissen Phasen der Krankheit vorhanden ist. Es liegt dabei nicht ein bestimmter Affect vor, sondern es findet ein kaleidoskopischer Wechsel der allerverschiedensten Affecte statt. 3) Die Störung der Associationsthätigkeit, welche auf der Höhe der Krankheit sehr erheblich sein kann.

Als vorübergehendes Symptom kann die allgemeine Verwirrtheit bisweilen bei der chronischen primären Verrückheit vorkommen.

Schwierig ist die Trennung der Amentia acuta von der Paranoia acuta. Jedoch finden wir statt der tiefen Störung des Bewusstseins bei Amentia dieses bei Paranoia verhältnissmässig klar und statt des bei der Amentia ständig wechselnden Affects bei der Paranoia acuta einen auffällig einförmigen. Die Paranoia acuta muss nach *Serbski* unter die Entartungspsychosen eingereiht werden.

Schönthal[2]) trennt die Verwirrtheit in folgender Weise von der acuten Paranoia. „Die acute Paranoia (Wahnsinn) unterscheidet sich von der Verwirrtheit durch den detaillirten Ausbau der Wahnideen und die grössere Besonnenheit gegenüber der mehr

---

trotz ihres späteren systematischen Aufbaues psychologisch durch eigenthümliche Störungen der Ideenassociation, also auch in Folge leichter Dissociationen entstehen. Er kann sich auch denken und glaubt bestimmt annehmen zu dürfen, dass viele Wahnvorstellungen dadurch entstehen, dass gewisse Factoren der Ideenassociation in regelmässiger und constanter Weise äusserlich überwiegen.

[1]) *Serbski*, Ueber die acuten Formen von Amentia und Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48, S. 329.

[2]) *Schönthal*, Ueber die acute hallucinatorische Paranoia. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 48, S. 652.

Digitized by Google

deliriösen Gestaltung der buntwechselnden Wahnideen und der starken Bewusstseinstrübung in der Verwirrtheit."

Auch *Eickholt*[1]) tritt für diese Trennung ein.

Soweit die deutsche Literatur; was die Ansichten der ausländischen Autoren betrifft, so können wir uns kürzer fassen, denn ihre klinischen Studien schliessen sich entweder unseren Anschauungen an oder sind zu von unseren Anschauungen so stark abweichenden Resultaten gekommen, dass ein genaueres Eingehen darauf kaum geboten erscheint.

Am meisten interessiren uns zunächst die Franzosen, denen wir manchen werthvollen Beitrag, viele schöne und interessante Krankengeschichten und verhältnissmässig früh eine gute Beschreibung der chronischen Paranoia mit prädominirendem Verfolgungswahn verdanken. Ich meine die Veröffentlichung von *Lasègue*[2]) über das délire des persécutions im Jahre 1852. Wir können daher *Séglas*[3]) nicht Unrecht geben, wenn er schreibt: si l'on peut dire que la théorie de la Paranoia a germé en France, il faut reconnaître que c'est à l'étranger, surtout en Allemagne qu'elle s'est développée. Auf *Lasègue* folgten erst *Snell* und *Sander* mit ihren classischen Veröffentlichungen.

Morel brachte bereits Beobachtungen, welche darthaten, dass bei Hereditarien die hypochondrischen Ideen in Verfolgungs- und Grössenideen übergehen können[4]) und nahm dann später für *Esquirol*'s Monomanie die Bezeichnung folie systematisée an. Seine beiden ersten Abtheilungen der Entarteten umfassen fast alle die Formen, welche später unter dem Namen Délires systematisés primitifs beschrieben worden sind[5]).

Die weiteren Publicationen bringen mehr Schilderungen einzelner Unterabtheilungen und Formen der Paranoia. So galt *Forille*'s[6]) Arbeit hauptsächlich den Formen mit prädominirendem

---

[1]) *Eickholt*, Festschrift.

[2]) *Lasègue*, Arch. de méd. Fib. 1852.

[3]) *Séglas*, La Paranoia. Arch. de neurolog. 1887. p. 65.

[4]) *Morel*, Etudes cliniques. 1852.

[5]) *Morel*, Traité des maladies mentales. 1860.

[6]) *Forille*, Étude clinique sur la folie, avec prédomin du délire de grandeur. 1871.

Digitized by Google

Grössenwahn, während *Legrand du Saulle*[1]) im Anschluss an *Lasègue* den Verfolgungswahn beschrieb. Auch *Garnier*[2]) beschäftigte sich mit dem Délire des persécutions. *Jaquet*[3]) schilderte die unserm Quärulantenwahn entsprechende Form. *Falret* sieht in diesen Persécuteurs eine Form des Délire des persécutions bei hereditär belasteten Individuen.

Das ganze weitere Studium der in Betracht kommenden psychischen Erkrankungen bekommt nun in den nächsten Jahren und bis auf den heutigen Tag in Frankreich ein eigenthümliches Gepräge. Durch die besonders von *Magnan* weiter ausgebildete Lehre *Morel*'s über das Irresein der Entarteten, der héréditaires dégénérés.

Die verschiedenen Ansichten über den Werth und die Bedeutung der Entartung bei Entstehung von Psychosen, beziehungsweise, ob es wirklich ein charakteristisches Irresein der Entarteten giebt, liess alle anderen Gesichtspunkte bei den klinischen Beobachtungen vorläufig in den Hintergrund treten. Es sind über dies Capitel in der Société medico-psychologique fast endlose Discussionen geführt worden, ohne zu einem Resultate zu führen.

Für unsere Untersuchungen dürfte es indessen von Werth sein, einzelne Punkte aus dieser Besprechung, welche über ein Jahr lang die Gesellschaft beschäftigte, kennen zu lernen, weil sie uns gut über die verschiedenen, zur Zeit bei den Franzosen geltenden Anschauungen belehren.

Paul Garnier[4]) leitet die Discussion ein und schliesst sich im Wesentlichen seinem Meister *Magnan* an: „Je suis convaincu pour ma part, que, en dehors des délires liés aux intoxications, aux névroses, aux lésions organiques de l'encéphale et des formes élmentaires comme la manie et mélancolie, la division des aliénés en ces deux grandes classes: 1. Les dégénérés héréditaires; 2. les délirants chroniques, est, à un point de vue généralisateur, une conception que l'observation clinique légitime, et qui ne peut-être que féconde en résultats pratiques."

---

[1]) *Legrand du Saulle*, Le délire des persécutions. 1873.

[2]) *Garnier*, Des idées de grandeur dans le délire des persécutions. Thèse de Paris. 1877.

[3]) *Jaquet*, Les alien. persécuteurs. Annal. med.-psychol. 1876.

[4]) *Paul Garnier*, Annal. medic.-psycholog. 1888. I, p. 121.

Digitized by Google

Die folies intermittentes von *Mageau* rechnet er dabei „plus royalistes que le roi“ zu den dégénérés héréditaires.

Das charakteristische Symptom dieser letzteren ist die Irregularité. „Sur le fond d'instabilité et de désharmonie psychique, propre aux héréditaires, le délire éclate soudainement, en s'affranchissant de toute phase incubataire: c'est un véritable accès par la brusquerie du début et aussi généralement, par l'évolution rapide et la subite disparition des troubles intellectuels. Les idées délirantes se montrent sur la scène morbide, pêle-mêle, se combinant et s'enchevêtrant dans les plus protéiformes où les divagations peuvent être, tour à tour, et d'un instant à l'autre, de nature dépressive, expansive, hypochondriaque, mystique et où prédomine le caractère instinctif, impulsif et souvent automatique des déterminations morbides dont, fait digne de remarquer, l'aliéné au milieu du trouble même le plus grand, a souvent pleine conscience.

Une particularité qui distingue encore ces malades, c'est la facilité avec laquelle les phénomènes psychiques se compliment d'accidents somatiques, d'ictus congestifs vertigineux ou épileptiformes, d'apparence redoutable.“

Im Gegensatz dazu ist bei dem délire chronique, alles gesetzmässig. „La marche de la vésanie est soumise à de lois immuables, et c'est lentement progressivement, méthodiquement que l'affection mentale déroule magistralement ses périodes, sans laisser place à l'imprévu, ni du reste à l'espoir d'une rétrocession, si ce n'est au debut.

Immer erscheinen unveränderlich folgende 4 Perioden: La première période dite d'incubation, ou le malade troublé, inquiet, concentré, replié sur lui-même, en état permanent d'érétisme psycho-sensoriel, aborde, après des hésitations plus ou moins longues, les interprétations délirantes.

La deuxième période constituée par organisation d'un délire de persécution où les idées maladives sans cesse alimentées par de troubles sensoriels, prennent corps, s'installent, se coordonnent et se systematisent.

La troisième période caractérisée par l'intervention d'idées de grandeur marquant la systématisation ultime du délire et la transformation du moi maladif.

La quatrième période, phase terminale de l'évolution vésanique,

Digitized by Google

où l'échafaudage délirant s'écroule pièce à pièce, et où tout dénonce la déchéance mentale, le démence irrémédiable.

Falret[1]) glaubt, dass das délire chronique des persécutions, wie er es in seiner Klinik beschreibt, dem délire chronique von *Magnan* und *Garnier* entspricht. Er glaubt aber nicht, dass das délire de grandeur den Verfolgungswahn ersetze, sondern nur, dass es hinzutritt:

L'état maladive se complète par l'addition d'un nouveau délire, qui donne un aspect extérieur différent à la maladie.

Die 4. Periode stellt nach seiner Ueberzeugung keine ausgesprochene Demenz dar.

Im Grossen und Ganzen mit *Magnan* einverstanden, glaubt er, dass die Bezeichnung „délire chronique" zu Confusionen Veranlassung geben könnte und schlägt den allgemein acceptirten Namen délire des persécutions vor.

Dagonet[2]) betont, unter Anderem, dass das délire des persécutions auch ohne Grössenideen verlaufen kann und nicht mit Demenz zu enden braucht.

Aus *Delasiauve*'s[3]) Ausführungen soll folgender Passus wiedergegeben werden: „La transmission héréditaire, en somme, n'est qu'une prédisposition susceptible d'aider à l'éclosion des vésanies, résultat d'ailleurs non fatal, et auquel elle pourrait à la rigeur, n'avoir participé. Souvent même on constate, ou physique et ou moral, dans certains parentés des indiques non équivoques, sans que la folie se manifeste. La caractère, la manière de vivre, les influences ambiants modifient ou corrigent même les prédispositions natives. Dans la conception, la gestation et la naissance, il y a aussi des facteurs diverses" und weiterhin erwähnt werden, dass man nach seiner Ansicht häufig die Grössenideen in den verschiedensten Perioden und sogar im Anfang finden kann.

Christian[4]) wendet sich scharf gegen die *Magnan*'sche Ansicht von dem gesetzmässigen Verlauf des délire chronique, „je critique non pas l'étiquette, mais la théorie elle-même". Nach seiner Ueber-

---

[1]) *Falret*, Ebenda, p. 261.
[2]) *Dagonet*, Ebenda, p. 435.
[3]) *Delasiauve*, Ebenda, p. 437.
[4]) *Christian*, Ebenda, II, p. 293.

Digitized by Google

zeugung geht die hypochondrische Phase beinahe allen, wenn nicht allen Geisteskrankheiten voraus.

Der eine bleibt ein Hypochonder sein Leben lang, der andere bekommt Verfolgungsideen.

„Je ne saurais considérer le délire chronique tel que MM. *Garnier* et *Briand* nous l'ont décrit, comme la forme fréquente, habituelle, de ce que nous etions habitués à regarder comme le délire de persécutions. Que dans un certain nombre de cas, l'évolution se fasse comme le veulent nos collègues, je n'aurais garde d'y contre dire, mais je crois que ce ne sont là que des faits exceptionels."

Ball[1]) constatirt, dass man bemüht sei, das délire de persécutions, beschrieben von *Lasègue,* als eine Phase des délire chronique darzustellen und bringt Beobachtungen, welche beweisen, dass nicht nur das délire ambitieux für sich allein die Scene eröffnen, sondern dass ferner, wenn auch die successiven Phasen des délires bestehen, sie weit entfernt davon sind, der systematischen Entwickelung zu entsprechen, „qui a été si magistralement formalée."

Wie er über die in Betracht kommenden Verhältnisse urtheilt, geht daraus hervor, dass er lieber von einer Maladie de *Lasègue* als von einem Délire chronique sprechen will.

Charpentier[2]) nennt es nur gerecht, wenn das délire des persécutions als délire de *Lasègue* bezeichnet wird. Er theilt die „idées morbides de persécution" in folgende Gruppen ein: 1. „Idées morbides de persécutions pouvant aller jusqu'au délire d'origine traumatique ou chirurgicale. 2. Idées de persécution pendant et après les maladies aiguës. 3. Persécutés à idées délirantes empruntées à de rives. 4. Idées de persécutions dont la manifestation délirantes simule l'ivresse. Les fausses ivresses. 5. Les mélancoliques aux qui deviennent persécutés, les auto-persécuteurs. 6. Persécutés congestiv-pléthoriques à tempérament sanguin. 7. Persécutés arthitiques, à forme mélancolique, torpide; 8. Persécutés avec hallucinations et délire systématisé. 1. Varietät: Persécutés sensoriels. 2. Varietät: Persécutés psychiques, 3. Varietät: persé-

[1]) *Ball*, Ebenda, II, p. 407.

[2]) *Charpentier*, Annal. med.-psych. 1888. X, S. 84.

Digitized by Google

cutés psychosensoriels. 9. Persécutés qui aboutissent à la mégalomanie, persécuté à variété chronique.

Camuset[1]) resumirt seinen Standpunkt wie folgt:

„Il existe une classe nosologique composée d'un grand nombre de psychoses analogues, qui débutent, et qui evoluent selon une règle immuable, et qui ne s'observent que chez les sujets non dégénérés et normaux jusqu'au début de leur affection. C'est cette classe dont je viens de m'efforcer d'indiquer les principaux caractères, qu'on désigne sous le nom de délire chronique. —"

„Il est logique de l'opposer, au point de vue doctrinal à la classe des folies des dégénérés, dont elle diffère du tout au tout, cliniquement au moins. — En sorte qu'on peut diviser les vésanies essentielles en deux grandes classes. Les folies chroniques régulières ou délires chroniques et les folies irrégulières ou délires des dégénérés."

Dabei können, wie er weiter oben ausführt, die délirants chroniques erblich belastet sein, und sind es häufig, aber sie sind keine Entarteten. Die Grenzen zwischen den entarteten und normalen Menschen sind aber nicht scharf und so kommt es, dass ein délirant chronique nicht von jeder Art der Entartung frei zu sein braucht.

Denn „Les signes de dégénérence sont" wie *Camuset* sehr gut bemerkt, tellement nombreux qu'on peut, à bon droit, se dementer s'il existe des individus assez privilégiés pour être absolument exempts de toute tare de dégénérescence.

Séglas[2]) bringt zunächst Beobachtungen, welche Erblichkeit und Entartung auch bei dem Symptomencomplex des délire chronique erkennen lassen[3]), sodann erwähnt er eine Dissertation von *Respaut*, wo in zwei Fällen das délire chronique bei Epileptischen beschrieben wird und einen eben solchen von *Magnan* und weist darauf hin, dass die Epilepsie allgemein als eine Entartungsneurose (névrose dégénérative) aufgefasst wird.

[1]) *Camuset*, Ebenda, S. 290.

[2]) *Séglas*, Ebenda, S. 321.

[3]) Einzelne derselben sind von *Magnan* und *Garnier* selbst als délire chronique bezeichnet.

Digitized by Google

Auch hebt er unter Angaben eigener und fremder Beobachtungen hervor, dass es Fälle giebt, bei denen sich das délire chronique ebenso rasch entwickelt wie das délire der Entarteten und dass umgekehrt das délire der Entarteten ebenfalls sich so langsam entwickeln kann, dass es dem délire chronique gleichkommt, so dass also die Grenzen zwischen den beiden Gruppen sehr verwischt erscheinen. Er schliesst: Pour les restes, les faits que j'ai apportés et les travaux des partisans du délire chronique que j'ai cités sont en opposition manifeste avec la doctrine qui nous a été exposée, et en tout cas nous y montrent cette même confusion tout reprochée à *Lasègue* et à ceux qui l'ont suivi. Il n'y a que l'étiquette de changée.

Magnan[1]) hat sich bis auf einen die von *Séglas* mitgetheilten Fälle noch einmal angesehen. Er giebt zu, dass in der Eile, in der manchmal die Diagnose gestellt werden müsse, ein Irrthum vorkommen und so leicht einmal ein délire systematisé mit einem délire chronique zusammengeworfen werden könne. Weiterhin betont er, dass ja erbliche Belastung bei jeder Art von Geistesstörung vorkomme, dass aber eine erbliche Belastung bei einem délirant chronique noch nicht dessen Zugehörigkeit zur Gruppe der héréditaires dégénérés bedinge. Das Charakteristische der Seelenstörung der Entarteten „c'est surtout l'état mental du sujet, les syndromes épisodiques développés sur cet état mental et enfin l'évolution, l'allure particulière et les caractères spéciaux des délires multiples qui se produisent." Dabei kann die Entartung nicht nur durch eine Erkrankung in der Ascendenz, sondern auch durch schädigende Einflüsse, welche während der Conception, während des fontalen Lebens und während der ersten Jugend eingewirkt haben, bedingt sein.

Auf die genaueren Details der Controverse mit *Séglas* können wir nicht eingehen, wir wollen nur noch erwähnen, dass *Séglas* schliesslich auch den Idiot, le type des dégénérés, ins Feld führt, „qui a de stigmates physiques si apparents, ne présente pas d'habitude les syndromes épisodiques ou stigmates psychiques de M. *Magnan*".

Ball tritt nochmals und sehr scharf gegen das délire chronique auf. „On nous parle d'une évolution, composée de quatre

[1]) *Magnan*, Ebenda, S. 441.

Digitized by Google

périodes, dont la durée reste absolument indéfinie, et dont la succession dans beaucoup de cas manque absolument. Nous savons, de science certaine, que beaucoup d'ambitieux n'ont jamais été persécutés, et que beaucoup de persécutés ne deviendront jamais ambitieux; et lorsqu'on vient nous dire que cette évolution, quelquefois si rapide, est d'autres fois tellement lente qu'il faut toute la vie d'un médecin pour la constater, et encore à la condition que l'observateur soit au nombre de ceux qui ne sont pas destinés à mourir jeunes, on nous montre l'instabilité du terrain qu'on a choisi pour porter un poids aussi lourd.

Er schliesst mit folgendem Resumé:

1. „Le délire des persécutions a été créé par *Lasègue,* dont le nom doit rester attaché à cette forme."

2. „Il n'a pas lieu de créer, dans la cadre du délire des persécutions, une place à part pour les persécutés ambitieux sous le nom de délirants chroniques."

3. „Enfin, l'on doit bannir du vocabulaire scientifique et médical le mot de délire chronique, qui ne répond à rien, pas même à la pensée de ses inventeurs."

Auch *Pichou*[1]) kann ein délire chronique von der Bedeutung, dass das délire des persécutions von *Lasègue* nur eine Episode desselben darstellt, nicht anerkennen. Nachdem *Lwoff*[2]) einen im Sinne *Magnan*'s typischen Fall von délire chronique beschrieben, bespricht *Falret*[3]) drei Möglichkeiten, nach denen sich Grössenideen entwickeln können (auf dem Wege der logischen Deduction, autochton, génération spontanée, auf Grund von Sinnestäuschungen) und macht darauf aufmerksam, dass es häufig einen latenten Zustand giebt, wo es sehr schwer festzustellen ist, ob Grössenideen bestehen oder nicht.

Marandon de Montyel[4]) hat sehr wenig Persécutés gekannt, welche während ihres Lebens keine Grössenideen bekamen und hat auch nie beobachtet, dass das délire systematisé ohne eine megalomanische Phase zu Demenz führte. Er ist einverstanden damit,

---

[1]) *Pichou*, Ebenda, p. 125.
[2]) *Lwoff*, Ebenda, p. 121.
[3]) *Falret*, Ebenda, p. 134.
[4]) *Marandon de Montyel*, Ebenda, II, p. 261.

Digitized by Google

dass man die 2. Periode des délire chronique mit dem Namen *Lasègue*'s belegt, verlangt aber auch, dass die 3. Periode, die Megalomanie nach *Foville* bezeichnet wird.

Er tritt im Grossen und Ganzen für *Magnan*'s Anschauungen ein, glaubt aber auch, dass das délire chronique alle Arten von délires systématisés in sich einschliesst.

La doctrine d'unité de tous les délires systematisés a été déjà formulé en 1883 par M. *Gérente* et en 1885 par M. *Régis* qui ont très bien montré que leur diversité n'était que la différence d'explication des sensations morbides qui constituent elles, l'élément capitale de la maladie et qui sont identiques dans tous les cas. Les prédisposés méfiants et orgueilleux que nous avons représenté comme les candidats au délire systématisé peuvent, en effet, être méfiants dans les sens divers: L'un se méfie de la puissance humaine, l'autre se méfie de la puissance céleste. A la première période, le trouble émotive survenant, il est certain que celui la versera dans le délire mystique, et à la troisième période se croira un prophète ou un saint, tandisque celui-ci apercevra partout des mouchards ou des ennemis et puis se figurera être fils de roi, mais que ne comprend que ces interprétations diverses ne sont, si on me permet cette comparaison, que des manteaux de coupe differente, taillés dans la même étoffe?

Nachdem uns diese Discussion über das délire chronique einen ungefähren Ueberblick gegeben hat über die Anschauungen der maassgebenden Autoritäten in Frankreich, soweit die chronischen Formen der Paranoia in Betracht kommen, ist es unsere Aufgabe, uns auch mit den Arbeiten bekannt zu machen, welche sich mit den acuten der hierhergehörigen Formen beschäftigen. Die Literatur hierüber ist nicht sehr zahlreich, wir können uns auf die Uebersicht, welche uns *Chaslin*[1]) in einem erst vor kurzem erschienenen Artikel giebt, beschränken.

Der Aufsatz *Chaslin*'s ist in der Absicht geschrieben, die Aufmerksamkeit seiner Landsleute auf eine bestimmte Gruppe acuter Psychosen zu lenken, „qui", wie er sich ausdrückt, „ne sont ni des manies ni des mélancolies, ni c'qu'on appelle des délires des dé-

[1]) *Chaslin*, La confusion mentale primitive. Annal. médico-psycholog. IX. Série T. seizième p. 224 ff.

Digitized by Google

générés.“ Er nimmt dabei für Frankreich die Priorität in Anspruch, diese acute Form zuerst erkannt und beschrieben zu haben. Er führt aus, dass nicht *Esquirol* allein, wie *Wille* meint, diese Form geschildert habe.

So habe *Delasiauve*[1]) lange vor den Deutschen die confusion mentale beschrieben und auch bereits betont, dass sich an diese Erkrankung häufig ein paranoischer Zustand anschliesst, respective, dass er eine Paranoia einleitet. Nach *Delasiauve* ist die Krankheit gegründet auf eine Schwäche des Gehirns und kann mit oder ohne Sinnestäuschungen einhergehen.

Becquet[2]) erwähnt im Jahre 1866, dass bei dieser Krankheit, welche von Sinnestäuschungen begleitet ist, die Patienten sich in einem Traumzustande befinden, ihre Umgebung nicht erkennen und die Personen verwechseln. Er spricht auch von den Arbeiten *Delasiauve*'s, wagt aber nicht dessen Beobachtungen mit seinen zusammenzubringen.

Nach *Dagonet*[3]) ist „la stupidité surtout caractérisée par le chaos et la confusion des idées, elle peut survenir d'emblée ou compliquer la manie, la lypémanie ou survenir d'autres affections.

Achille foville fils schreibt: On rencontre quelques fois des malades dont les facultés intelectuelles deviennent incohérents, les actes et les propos sont découssus, la mémoire paraît absente, l'attention ne peut être fixée, la réflexion n'exerce plus, et cependant ces phénomènes ne se ratachent pas à un accès de manie. Tout semble indiquer une destruction réelle des facultés mentales, on se croirait en présence d'une véritable démence, destinée à durer autant que malade, et cependant ce pronostic facheux ne se réalise pas, au bout de quelque tempes cette obscurité se dissipe, l'ordre et la lucidité reparaissent dans les idées, l'esprit se trouve aussi développé qu'avant la maladie.

---

[1]) *Delasiauve*, Du diagnostic differentice de la lypémanie. Annal. med.-psycholog. f. III. 1851. p. 380.

[2]) *Becquet*, Du délire et d'inanition dans les maladies. Arch. génér. de méd. février 1866. p. 169, et mars p. 305.

[3]) *Dagonet*, De la stupeur dans les maladies mentales. Annal. médico-psycholog. 1872. t. VII. p. 151, 359, 364.

Digitized by Google

Foville spricht weiterhin auch von einem alternirenden plötzlichen Auftreten solcher Verwirrungszustände mit Zuständen der Lucidität und stellt sie in Parallele mit der Epilepsie larvée von *Morel*.

Auch in *Ball*'s torpeur cérébral findet *Chaslin* ein hierhergehöriges Krankheitsbild.

Von da ab ist in Frankreich, abgesehen von den Publicationen in allerjüngster Zeit von *Ball, Régis* und *Cullere*, wie *Chaslin* bemerkt, nichts mehr über die in Betracht kommenden Fälle erschienen. Jetzt kommen die deutschen Arbeiten, welche zumeist schon von uns besprochen sind, in Betracht. Es sei dabei bemerkt, dass auch von *Kahlbaum*'s Katatonie *Chaslin* eine Reihe von Fällen als confusion mentale (Verwirrtheit) ansieht.

Chaslin schliesst sich in seiner Definition der Verwirrtheit vollständig *Wille* an und fasst zum Schluss seine Anschauung über die Krankheit dahin zusammen: „Il existe une forme de maladie mentale, aigul ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'épuisement rapide et brusque du système nerveux central (très souvent consécutif pour les auteurs les plus récents à l'infection ou à l'auto-intoxication) et qui doit être séparée de ce que l'on appelle la dégénérence. C'est une forme intermédiaire entre les psychoses et les folies à lésions accentuées et profondes, elle revêt souvent la caractère d'une véritable maladie, par les phénomènes somatiques, dénutrition, fièvre, qui l'accompagnent. Au point de vue psychique, elle est essentiellement caractérisée par la confusion des idées, par suite de l'affaiblissement et de l'incoordination du processus de l'association des idées, de la perception et de l'apperception personnelle, elle peut être ou non accompagnée d'agitation motrice, ou de dépression ou de stupeur, le ton émotional est souvent indifférent ou au contraire, présente des variations brusques. Elle a la plus grande analogie avec les délires par intoxication chronique. Elle me paraît mériter le nom de confusion mentale, sous laquelle elle a été décrite en France, en ajoutant primitive, afin de la distinguer des formes où il y a aussi confusion, mais secondaire, et sur la nature de laquelle je n'ai pas à me prononcer."

Bemerkenswerth ist, dass *Chaslin* bei Besprechung des äusserst verschiedenartig sich darbietenden Symptomencomplexes auch er-

Digitized by Google

wähnt, dass bei der confusion mentale primitive auch kataleptiforme Symptome im Sinne von *Kahlbaum* und *Neisser* auftreten können.

Was er unter der Krankheit versteht, was er für Formen dazurechnet und was für eine Menge von Bezeichnungen überhaupt schon vorhanden sind, lässt sich am besten aus seiner Zusammenstellung der Synonyme sehen:

1. Démence aigul *(Esquirol, Brierre de Boisemont)*.
2. Stupidité, stupeur *(Georget, Ferras, Delasiauve, Dagonet)*.
3. Confusion, confusion hallucinatoire *(Delasiauve)*.
4. Délire de dépression *(Lasègue)*.
5. Délire d'inanition *(Becquet)*.
6. Torpeur cérébrale *(Ball)*.
7. Acute primäre Verrücktheit *(Westphal)*.
8. Hallucinatorischer Wahnsinn *(v. Krafft-Ebing)*.
9. Hallucinatorische Verwirrtheit *(Meynert, Fritsch)*.
10. Verwirrtheit *(Wille)*.
11. Acutes asthenisches Delirium *(Mayser)*.
12. Acuter Wahnsinn *(Schüle)*.
13. Hallucinatorische Verworrenheit *(Konrad, Scholz, Salgo)*.
14. Asthenische und hallucinatorische Verwirrtheit *(Kraepelin)*.
15. Hallucinatorisches Irresein *(Fürstner)*.
16. Dementia generalis oder Subacute *(Tilling)*.
17. Mania hallucinatoria *(Mendel)*.
18. Amentia *(Meynert, Serbsky)*.
19. Dysnoia, polyneuritic psychose *(Korsakoff)*.
20. Délire sensoriel *(Schernschenski)*.
21. Folie général *(Rosenbach)*.
22. Paranoia acuta, oder hallucinatoria *(Divers auteurs)*.
23. Primary confusional insanity *(Spitzka)*.
24. Acute hallucinatory confusion *(Spitzka)*.
25. Stupor, delusional stupor *(Hayes, Newington)*.
26. Acute confusional insanity *(Conolly, Norman)*.
27. Frenosi sensoria acuta *(Morselli)*.
28. Stupidita *(Morselli)*.

Wir schliessen unsere Betrachtungen über die Literatur der Franzosen, indem wir noch kurz auf das bereits erwähnte Referat

Digitized by Google

über Paranoia von *Séglas*[1]) hinweisen und hervorheben, dass nach *Séglas* eine acute Verrücktheit im Sinne *Westphal*'s nicht in das Gebiet der Paranoia gehört, sondern sich vielmehr gewissen mehr oder weniger ausgeprägten melancholischen oder maniakalischen Zuständen nähert.

Les observation ne nous ont montré aucun caractère pathognomique, qui puisse permettre au moins par un côté de rapprocher cette Paranoïa aiguë de la chronique qu'elle soit dégénérative ou non.

Was die Engländer betrifft, so haben sich dieselben grösstentheils den Franzosen angeschlossen, auch finden wir verhältnissmässig erst spät ausgedehnte und genauere klinische Studien.

Maudsley's und *Blandfort*'s Anschauungen weichen noch so sehr von unseren modernen Anschauungen ab, dass wir nicht näher darauf einzugehen brauchen. *Buknill* und *Tuke*[2]) verwerfen den Ausdruck Monomanie und führen die heute fast allgemein gebräuchliche Bezeichnung delusional insanity für die in Betracht kommenden krankhafte Zustände ein.

Wiglesworth[3]) wendet sich ebenfalls gegen den Ausdruck Monomanie, nach ihm äussert sich die Verrücktheit in Hallucinationen der Sinne und Wahnvorstellungen bei Fortbestehen des Verstandes und Gedächtnisses. Ebenso sagt *Savage*[4]), dass die an delusional insanity Leidenden sich nur dadurch von gesunden Menschen unterscheiden, dass sie abnorme Sinnesempfindungen oder feste Wahnvorstellungen besitzen, welche auf unbewusste Empfindungen und Sensationen gegründet sich durch keine Ueberlegung der Vernunft beeinflussen lassen.

In Amerika beschreibt *Spitzka*[5]) unter dem Namen Monomanie die Paranoia. Er sieht darin den Ausdruck einer mehr oder

---

[1]) *Séglas*, La Paranoia, délires systématisés et dégénérescens mentales. Arch. de neurolog. T. XIII. 1887. p. 62, 221, 393.

[2]) *Buknill* und *Tuke*, A manual of psycholog. medic. 1879.

[3]) *Wiglesworth*, Ueber die Pathologie der Verrücktheit (Monomanie). Journal of med. scienc. 1891 citirt bei *Werner* l. c.

[4]) *Savage*, Lehrbuch der Geisteskrankh.

[5]) *Spitzka*, Un cas de monomanie originaire (medecinal Times and Gazette *Séglas* l. c.

Digitized by Google

weniger bedeutenden geistigen Schwäche und führt die Krankheit auch unter den psychischen Schwächezuständen auf, welche meist eine erbliche Belastung erkennen lassen.

Die Italiener sind entweder in unsere Fussstapfen getreten oder sie haben sich den Franzosen angeschlossen. Wir können deshalb auch hier uns kürzer fassen. Soweit mir die Literatur nicht direct zugänglich war, bediene ich mich des ausgezeichneten Referats von *Séglas* (l. c.).

Buccolla[1]) bringt im Jahre 1882 ein gutes Referat über die damaligen deutschen Anschauungen und schliesst sich fast vollständig *Westphal* an. Später 1883 veröffentlicht er mit *Morselli*[2]) einen weiteren Aufsatz und unterscheidet:

1. Systematisirte Delirien auf dem Boden von Entwicklungsanomalien der psychischen Individualität. Diese Form entspricht der originären Verrücktheit *Sander*'s.

2. Systematisirte Delirien, welche bei einer bereits entwickelten psychischen Individualität auftreten.

Amadei und *Tonini*[3]) haben folgende Eintheilung:

1. Paranoia degenerativa.

A. originäre	Paranoia.
a) einfache	
b) hallucinatorische . . .	
B. tardive	
a) einfache	
b) hallucinatorische . . .	

2. Paranoia psychoneurotica.

A. Primitia	Paranoia.
a) acute heilbare	
α) einfache	
β) hallucinatorische . .	

[1]) *Buccolla*, Rivist. sperim. di freniatria. 1882.

[2]) *Morselli* et *Buccolla*, La pazzia sistematizato. Giom. della R. akadem. di Torino 1883. p. 210. (Nach *Séglas*).

[3]) *Amadei* und *Tonini*, La paranoia et le sue forme. l'Arch. ital. per le malattie nervose. 1883—84.

Digitized by Google

b) unheilbare . . . . . }
α) einfache . . . . . }
β) hallucinatorische . . } Paranoia.
B. secundäre . . . . . }
a) post-maniakalische . . }
b) post-melancholische . . }

Nach *Raggi*[1]) ist die Bedeutung des degenerativen Elementes für die Entstehung der Paranoia durchaus noch nicht erwiesen. Es findet sich nicht mehr erbliche Belastung hei dieser Krankheit als bei anderen.

Nach *Tanzi* und *Riva*[2]) dagegen ist die Paranoia „una psicosi funzionale zu fondo degenerativo, caraterizata da una particolare deviatione delle più elevate funzioni intellectuali, non implicante nè un gravissimo scadimento, nè un disordine generale, che si accompagne quasi sempre con alluzinazioni e con idee deliranti permanenti più o meno coordinati in sistemo ma independenti da quelunque causa ocassionale constabile et da qualsiasi morbosa conditione emotiva, che decorre in modo non sempre uniforme, ne continuo, ma però essenzialmente cronica et che ingenerale non tende per se stessa alla demenzia."

Psichiatri tedeschi, e specialemente *Schüle* et *Krafft-Ebing*, fecera una felice applicazione della teoria de *Morel* sulle degenerazione, collocando in questo gruppo psicopatico la paranoia, non solamente perla coincidenza storica tra la labe ereditaria et la presenca della paranoia, ma eziandio per l'analogia che questo forma psichica degenerativa offriva con le altre malattie degenerative in rapporto al decorso egli esiti et ad alcani car atteri sintomatici."

„Documenti statistici che provano già a sufficienza la dipendenza della paranoia dal processo dissolutivo dello specce (degenerazione)."

Dabei ist es interessant, dass auch *Tanzi* und *Riva* eine

---

[1]) *Raggi*, Dell elemento degenerativo nella genesi dei casi detti deliri primi sistematizo. Arch. ital. per le mal. nerv. 1884 (*Séglas*).

[2]) *Tanzi* und *Riva*, La paranoia contributo alla tevria delle degeneration psichiche. Rivist. speriment. di freniat. X. 1884. p. 291.

Digitized by Google

rudimentäre Paranoia anerkennen. ***Salemi Pace***[1]) spricht von einer einfachen und einer degenerativen Paranoia.

Dagegen beschreibt ***Angelo-Zuccharelli***[2]) eine primitive Paranoia mit Verfolgungsideen und chronischem Verlauf, welche auf nicht degenerativem Boden sich entwickelt hat.

Morselli[3]) und ***Tamburini***[4]) haben sich eingehend mit der rudimentären Paranoia, den Zwangsvorstellungen, Handlungen und Impulsen etc. beschäftigt. ***Morselli***[5]) trennt zwei Formen der Paranoia ab, die Paranoia originaria degenerativa und die Paranoia rudimentaria. Die erstere Form rechnet er zu den psychischen Entartungszuständen, die zweite zu den constitutionellen Psychopathien. Die Paranoia acuta (Fremosi sensoria acuta) und secundaria sind von diesen beiden Formen ganz zu trennen und zu den Psychoneurosen zu rechnen, welche das Gehirn nach seiner vollständigen Entwickelung treffen.

Die Ausdehnung, welche diese literarische Uebersicht genommen hat, zeigt an, welche Krankheitsbilder nach meiner Ueberzeugung zu jener zweiten Hauptgruppe der einfachen functionellen Psychosen, der Paranoia gehören.

Es wird jetzt meine Aufgabe sein, den Nachweis zu liefern, dass diesen zahlreichen so verschieden aufgefassten Formen gemeinsame charakteristische Symptome zu Grunde liegen.

Es soll dabei gewiss nicht bestritten werden, dass der Wahnsinn, wie er von ***v. Krafft-Ebing, Schüle*** und ***Kraepelin, Kirchhoff*** u. A. beschrieben wird, die Verrücktheit im Sinne eben dieser Autoren und die Verwirrtheit, Amentia von ***Meynert, Wille, Chaslin*** u. A. klinisch als gesonderte Krankheitsbilder zu betrachten sind, sondern es soll nur gezeigt werden, dass diese Gruppen

---

[1]) *Salemi Pace*, La classificazione delle frenopatie. H. Pisoni 1865. *Séglas.*

[2]) *Angelo-Zuccharelli* (citirt bei *Séglas*).

[3]) *Morselli*, Paranoia rudimentale impulsiva. Riv. sperim. di fren. 1886. p. 495.

[4]) *Tamburini*, Sulla pazzia del dubbio. Riv. sper. di fren. 83. } *Séglas* l. c.

[5]) *Morselli*, Manuale della semejotica delle malattie mentali, II. 1885.

Digitized by Google

auf einem gemeinsamen Boden neben den primären Stimmungsanomalien aus der grossen Klasse der functionellen einfachen Psychosen sich herausheben.

Lassen sich solche allgemeine Grundsymptome feststellen, so ist damit auch für die Praxis ein Fortschritt gewonnen. Denn es wird dem Arzte, der nicht täglich mit Geisteskrankheiten zu thun hat und dem betreffenden Patienten womöglich nur einmal sieht, viel leichter fallen, zu entscheiden, ob es sich um eine Stimmungsanomalie oder um eine Paranoia in weiterem Sinn handelt, als ob eines der vielen Krankheitsbilder vorliegt, welche heute von einzelnen Autoren z. Th. als gleichberechtigt mit Manie und Melancholie hingestellt werden.

Worin bestehen nun die Hauptveränderungen, welche von den einzelnen Autoren als grundlegend für das Zustandekommen der Verrücktheit, des Wahnsinns und der Verwirrtheit angesehen werden? Was zunächst die chronische Form der Paranoia die Verrücktheit betrifft, so bleibt bei ihr nach *v. Krafft-Ebing* die formale Seite des intellectuellen Lebens verschont, der Kranke urtheilt und schliesst auf falschen Prämissen. Hauptsymptome sind die Wahnideen, welche primitive Schöpfungen des kranken Gehirns darstellen. Der Schwerpunkt der Krankheit liegt in einer Störung der Vorstellungssphäre (Wahn und aufgehobene Kritik). Nach *Kraepelin* handelt es sich bei der Verrücktheit um eine tiefgehende Umwandlung der psychischen Persönlichkeit, krankhafte Auffassung und Verarbeitung äusserer und innerer Eindrücke. Die Krankheit entwickelt sich auf der Basis einer allgemeinen Unzulänglichkeit der Kritik eines Zustandes geistiger Invalidität. Das Erfahrungsmaterial wird durch die mannigfaltigsten subjectiven Elemente verfälscht. *Salgo*, *Spitzke* u. A. sind der Ueberzeugung, dass bei der Verrücktheit immer ein psychischer Schwächezustand vorhanden ist. Für *Schüle*'s chronischen Wahnsinn ist charakteristisch, dass sich eine sogenannte partielle Bewusstseinsstörung herausbildet, neben welcher sich der übrige Theil des geistigen Geschehens noch zu conserviren vermag. Es handelt sich dabei um eine geschwächte und mangelnde Kritik oder Reflexion. Die originäre Verrücktheit ist eine Gruppe des typischen Wahnsinns, welche aus einer einer abnormen Anlage herauswächst. Wie *Kirchhoff* ausführt, kommt die Verrücktheit nur bei Belasteten vor und hat eine

Digitized by Google

nur ungünstige Prognose. Die Verrücktheit ist nach ihm eine Krankheit, in der Wahnvorstellungen, meistens mit Sinnestäuschungen, zuweilen rasch in der Regel langsam zu einem fortschreitenden Wahnsystem verarbeitet werden. Es handelt sich also das einemal um einen Zustand von Schwachsinn, oder um ein mangelndes Kritik- und Urtheilsvermögen oder um ein Urtheilen und Schliessen auf falschen Voraussetzungen oder um eine krankhafte Auffassung und Verarbeitung äusserer und innerer Eindrücke. Die Beschränkung des Urtheils und der Kritik wird dabei von fast allen Autoren besonders betont.

Dass diese Kriterien sämmtlich auf einer krankhaften Veränderung einer oder mehrerer Componenten unserer Verstandesthätigkeit beruhen, wird Niemand bestreiten. Ich werde später versuchen, auch noch andere Symptome der 3. Krankheitsgruppe auf eine Affection des Verstandes zu führen, möchte aber zunächst der Anschauung *Salgo's* u. A. entgegentreten, dass es sich bei der Verrücktheit immer um einen psychischen Schwächezustand handelt. Es ist gewiss das bequemste, wenn man sagt, der Paranoiker, der primär chronisch Verrückte hält deshalb seine Sinnestäuschungen für reelle Vorgänge der Aussenwelt und kommt deshalb zu keiner Kritik seiner Wahnvorstellung, weil er zu wenig geistiges Capital und Erfahrung besitzte, um zu der nothwendigen Unterscheidung zu gelangen. Wenn das aber richtig ist, dann muss auch jeder, der mit irgend einem unbedeutenden Defect seiner Kleider sich unter Menschen giebt und immer wieder dann denken muss, dass jeder ihn auf seine defecte Kleidung ansehe, schwachsinnig sein. Es müsste dann weiter auch der schwachsinnig sein, der bei Nebel oder Abenddämmerung Baumstümpfe, Sträucher und dergleichen für lebende Wesen ansieht und danach handelt.

Ich brauche dabei kaum der bekannten Thatsache zu erwähnen, dass viele Paranoiker in ihrem Specialfache, selbst wenn es sehr difficil exact wissenschaftlich ist, oft noch erstaunlicheres leisten und dass einzelne Autoren, wie z. B. *Krafft-Ebing* ganz entschieden bestreiten, dass es bei den in Betracht kommenden Paranoikern überhaupt jemals zu Verblödung kommt.

Ich bin also der Ueberzeugung, dass bei der Paranoia das geistige Capital nicht reducirt ist und die Elemente des Verstan-

Digitized by Google

des voll vorhanden sind, dass sie aber theilweise abnorm functioniren oder, dass es sich bei der Paranoia nicht um eine Abnahme, eine Verminderung der Mittel handelt, welche dem Verstande zu seiner Thätigkeit zur Verfügung stehen, sondern um eine theilweise krankhafte Veränderung derselben.

Wenn ich einen Vergleich brauchen darf, kommt etwas ganz anderes zu Stande, wenn Jemand ein Bild zu malen versucht, der nicht malen gelernt hat, die elementare Technik nicht besitzt, als wenn ein Maler, der einzelne Farben in Folge einer krankhaften Veränderung seines Sehvermögens verwechselt, ein Bild schafft. Wird im ersten Falle kaum etwas producirt, was dem Vorbild ähnlich sieht, so ist im 2. Fall nur dann ein Fehler im Bilde zu bemerken, wenn gerade die Farben zur Anwendung kommen mussten, für die der Maler farbenblind war.

Die vorausgeschickte Literatur zeigt uns nun weiter, dass sowohl bei der Verrücktheit als auch bei dem Wahnsinn und der Verwirrtheit hauptsächlich drei Krankheitserscheinungen es sind, welche allgemein zur Beobachtung kommen und deshalb als charakteristisch angesehen werden müssen. Die Wahnideen, die Sinnestäuschungen und eine gewisse Veränderung des Vorstellungsablaufs, die Incohärenz. Wenn auch nicht bestritten werden soll, dass je nachdem eines dieser Symptome vorherrscht, ganz verschiedene Krankheitsbilder auftreten können, so ist es doch möglich, auch für diese anscheinend so verschiedenen Symptome einen gemeinsamen Gesichtspunkt zu finden und zeigen, dass ihr Verhalten in der klinischen Erscheinungsweise nicht von einer so grossen differenziell-diagnostischen Bedeutung ist, wie es auf den ersten Blick scheinen möchte.

Zunächst ist es eine Thatsache, die von fast allen Autoren anerkannt wird, dass Sinnestäuschungen zur Bildung von Wahnideen Veranlassung geben können. Damit ist eine nahe Beziehung der Wahnideen zu den Sinnestäuschungen gegeben, die wir weiter verfolgen müssen.

Schäfer, der wie *Westphal* als Grundsymptom der Verrücktheit in allen ihren Formen eine Anomalie im Vorstellen, eine primäre Veränderung des Sinnesgebietes ansieht, schreibt „der leichtere Reiz drängt der Rinde die Wahnvorstellung auf, der stärkere die

Digitized by Google

volle sinnliche Wahrnehmung, das ist Hallucination" und bemerkt weiterhin noch Folgendes: „Wenn es auch nicht immer deutliche Hallucinationen sind, welche an der Wahnbildung theilnehmen, so besteht doch eine Betheiligung des Sinnesgebietes in Form schwächerer Erregung. Den stärksten Hinweis auf diesen Zusammenhang liefert die Hypochondrie, aus deren peripheren pathologischen Elementen mit grösster Leichtigkeit Wahnvorstellungen hervorgehen." Damit ist aber, wenn wir auf unsere klinischen Erfahrungen zurückgreifen, die Genese der Wahnvorstellungen noch nicht erschöpft. Es giebt Wahnideen, die sich mit einer abnormen Sensation oder einer Hallucination im landläufigen Sinne nicht zusammenbringen lassen. Ich erinnere hier namentlich an den von *Meynert* sogenannten Beachtungswahn, welcher von *Neisser* in verdienstvoller Weise als krankhafte Eigenbeziehung zum Gegenstande eingehender Untersuchungen gemacht worden ist, und weiterhin an die Wahnideen, welche ich als für nicht abnorm erkannte Zwangsvorstellung bezeichnet habe.

Wenn wir der Entstehung dieser beiden Symptome nachgehen, so werden wir zwar sehen, dass sie ganz verschiedenartigen Ursprung haben, dass sie aber in letzter Instanz ganz denselben Effect auf den Ablauf unserer geistigen Functionen ausüben und einen Weg finden, der zu dem dritten Hauptsymptom zur Unterbrechung des Vorstellungsablaufs, der Incohärenz führt.

Ich lege bei dieser Untersuchung keinen Werth darauf, ob man die von mir etwas erweiterte Definition der Zwangsvorstellungen *Westphal*'s annehmen will, oder ob man diese krankhafte Erscheinung nach dem Vorgange *Merklin*'s, als mobile Wahnvorstellungen bezeichnen will, ich lehne mich nur an die klinische Thatsache an, die jeder selbst beobachten kann, die schon vielfach beoachtet ist und die ich selbst durch zahlreiche Fälle belegt habe, dass es Kranke giebt, welche zunächst gezwungen sind, zwangsweise immer bestimmte Worte und Sätze zu denken, sie dann weiterhin auch zugerufen bekommen und sie schliesslich auch aussprechen müssen, und dass diese Kranken zeitweise diesen Erscheinungen objectiv gegenüberstehen, zeitweise in ihrem Reden und Handeln zu einem Urtheil, dass diese Vorgänge krankhaft sind, sich nicht aufschwingen können und, wenn auch oft nur vorübergehend, ein Wahnsystem an diese

Digitized by Google

Erscheinung knüpfen. Es kommt dabei auch nicht in Betracht, ob meine Ueberzeugung die richtige ist, dass es sich dabei im Wesentlichen um hallucinatorische Vorgänge im Muskelsinn des Sprachapparates handelt, es kommt nur darauf an, dass wir eine bestimmte Gruppe von Wahnideen haben, die zwangsartig auftritt, d. h. den normalen Zusammenhang der Vorstellungen, die normale Associationsweise vollständig zu zerstören und umzubilden im Stande ist und von den Kranken zeitweise für abnorm erkannt werden kann.

Wenn wir uns nun zu dem Beachtungswahn zu der krankhaften Eigenbeziehung im Sinne von *Neisser* wenden, so kann ich *Neisser* nur Recht geben, wenn er dieses Symptom als primär bezeichnet, insofern es ein wichtiges Symptom und für die Entwicklung der ganzen Krankheit von hervorragender Bedeutung ist. Was aber seine Genese betrifft, so muss es als entschieden secundär betrachtet werden, denn es ist das Produkt einer ganzen Reihe von Veränderungen in denjenigen Apparaten und nervösen Centren[1]), welche uns zu einem klaren Urtheil über unsern Körper und unser Verhältniss zur Aussenwelt verhelfen.

Wie complicirt die Componenten der krankhaften Eigenbeziehung sein können, geht namentlich aus dem zweiten von *Neisser* mitgetheilten Falle, welcher einen Matematiklehrer betrifft, hervor.

Wollte ich mich noch auf genauere theoretische Erörterungen hierüber einlassen, so würde ich mich zu weit von dem Zweck meiner heutigen Arbeit entfernen, ich behalte mir das für einen weiteren Aufsatz vor.

Von grossem Werth ist *Neisser*'s Arbeit dadurch für uns, dass sie uns einen exacten klinischen Nachweis der Bedeutung der krankhaften Eigenbeziehung bringt und zeigt, wie sehr dieses Symptom das ganze geistige Leben der Kranken beherrscht und gradezu zwangsartig den Ablauf der Gedanken in bestimmte Bahnen zwingt.

Wie also bei den mobilen Wahnideen, so haben wir auch hier bei der „Wahnidee" der krankhaften Eigenbeziehung eine Unter-

[1]) Z. Th. Wahnideen, auf jene unbewussten Sensationen und Empfindungen gegründet, welche, wie *Savage* sagt, durch keinen Vernunftsgrund wegdisputirt werden können, z. Th. jene hypochondrischen Sensationen, welche nach *Meynert* die Paranoia einleiten.

Digitized by Google

brechung, eine Ablenkung des normalen Associationslaufes. Das führt uns auf das vor kurzem von *Ziehen* in eigehenden verdienstlichen Untersuchungen besonders gewürdigte Symptome der Incohärenz. Diese Incohärenz kann, wie *Ziehen* nach meiner Ueberzeugung richtig ausführt, bei allen Formen der Paranoia vorkommen, sie kann weiter nach *Ziehen*'s Anschauung secundär im Anschluss an Sinnestäuschungen auftreten und primär als prädominirendes Symptom sich zeigen. Es erscheint dabei *Ziehen* nicht unwahrscheinlich, dass manche sogenannte primäre Wahnvorstellungen der einfachen chronischen Paranoia trotz ihres späteren systematischen Aufbaues psychologisch durch eigenthümliche Störungen der Ideenassociation entstehen. Er kann sich auch denken und glaubt bestimmt annehmen zu dürfen, dass viele Wahnvorstellungen entstehen, indem gewisse Factoren der Ideenassociation in regelmässiger und constanter Weise einseitig überwiegen, und es wäre somit auch ein Zusammenhang in der Genese der Wahnvorstellungen mit der Incohärenz gegeben.

Diese Ausführungen zeigen uns, dass die krankhaften Erscheinungen, welche für die Paranoia besonders charakteristisch sind, die Sinnestäuschungen, die Wahnideen und die Incohärenz genetisch mit einander nah verwandt sind, ja, dass es unter Umständen geradezu der Liebhaberei des Einzelnen überlassen bleiben muss, wie er die krankhaften Erscheinungen im einzelnen Falle bezeichnen will.

Dass jedes dieser drei Symptome unsere Verstandesthätigkeit ganz erheblich zu beeinflussen im Stande ist, wird Niemand bestreiten, denn die Sinnestäuschungen und Wahnideen zwingen den Kranken zu einem Urtheil auf falschen Prämissen und die Incohärenz macht jeden normalen Ablauf unserer geistigen Thätigkeit überhaupt unmöglich. Ich habe absichtlich geschrieben, zu beeinflussen im Stande ist, weil es ja eine Erfahrung ist, die jeder täglich machen kann, dass uns bei vollem Bewusstsein und geistiger Gesundheit Sinnestäuschungen und den Wahnideen für diesen Fall analog zu erachtende, aus den Träumen überkommene Vorstellungen wohl für kurze Zeit, aber nicht dauernd täuschen können. Schwieriger wird das Erringen eines klaren Urtheils darüber schon, wenn wir uns in dem sogenannten état intermediaire befinden, weil hier ähnlich wie bei der Incohärenz der Associations-

Digitized by Google

apparat nicht in seiner Gesammheit functionirt und auch die Berichte aus der Aussenwelt nicht vollständig einlaufen. Wenn wir uns daran erinnern, wie schwer es wird, auch bei voller geistiger Klarheit bestimmte Vorstellungen loszuwerden, z. B. wie oben erwähnt, dass wir glauben, jeder sehe auf einen Defect in unserer Kleidung, und daran denken, dass ja die einzelnen Sinnestäuschungen oder Wahnideen nicht das einzige ist, was den Kranken in der Thätigkeit seines Verstandes beeinflusst, sondern dass z. B. wie bei der krankhaften Eigenbeziehung bereits eine ganze Reihe von krankhaft percipirten Empfindungen zusammen kommen, so werden wir uns vorstellen können, wie schwer es einem solchen Kranken wird, zu einem klaren Urtheil zu gelangen. Kommt dann noch in stärkerem oder geringerem Maasse die Incohärenz dazu, so fehlt dem Kranken jede Möglichkeit, sich wie sonst zur Aussenwelt ins richtige Verhältniss zu bringen. Gewiss fehlt also dem Paranoiker die Kritik und das Urtheil, aber nicht wie einem mehr oder minder Ohnmächtigen, dessen mehr oder weniger eingeengtes Bewusstsein den klaren Ueberblick raubt, und auch nicht wie bei einem Schwachsinnigen, der aus Mangel an geistigem Capital, sei es nun verloren gegangen oder überhaupt nicht erworben, zu einem Urtheil zu einer Kritik sich nicht aufschwingen kann. Der Paranoiker hat sein volles geistiges Capital, er kann aber damit nicht wie ein Gesunder arbeiten, weil sich bei seiner geistigen Thätigkeit allerlei krankhafte Vorgänge geltend machen, welche die Berichte der Sinnesorgane über die Aussenwelt fälschen und die normale Verbindung der Association unterbrechen, und so zu falschen Urtheilen, zu einer mangelnden Kritik oder kurz gesagt zu einer Alteration der Verstandesthätigkeit überhaupt führen. Es muss also die Paranoia in erster Linie als eine Erkrankung der Verstandesthätigkeit bezeichnet werden.

Nach diesen Erwägungen ist es unsere Aufgabe zu untersuchen, ob sich nicht klinisch noch weitere Punkte finden lassen, welche für einen nahen Zusammenhang, eine gemeinsame Grundlage der in Rede stehenden Krankheitsform sprechen.

Wenn wir die Anschauungen der einzelnen Autoren Revue passiren lassen, so betont eine verhältnissmässig grosse Zahl, dass

Digitized by Google

das Krankheitsbild der Verwirrtheit auch bei der chronischen Verrücktheit, namentlich bei ihrem etappeweisen Fortschreiten vorkommt und dass auch der Wahnsinn sich mit einem solchen Zustand einleiten oder ihn intercurrent zeigen kann. ***Westphal, Schüle, v. Krafft-Ebing, Fritsch, Salgo, Meynert, Wille*** und Andere.

Ebenso hält es ***Kraepelin*** für möglich, dass wir es bei den Collapsdelirien, bei der hallucinatorischen Verwirrtheit und gewissen Formen des hallucinatorischen Wahnsinns mit analogen krankhaften Vorgängen zu thun haben und erwähnt ***Salgo,*** dass die chronische Verrücktheit mitunter durch eine wochenlange Phase totaler hallucinatorischer Verwirrtheit mit hochgradiger Aufregung unterbrochen wird, und dass diese Phase des Krankheitsbildes dasjenige der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit ist. Ja, ***Scholz*** sieht sogar in dem Delirium tremens, namentlich in der protrahirten Form desselben, eine typische Form des primären hallucinatorischen Wahnsinns und auch nach ***Serbski*** kann die allgemeine Verwirrtheit bisweilen bei der chronischen primären Verrücktheit als vorübergehendes Symptom auftreten. Aehnlich schreibt ***Ziehen,*** dass bei der einfachen chronischen Paranoia und zwar auch noch im spätesten Stadium plötzlich acute hallucinatorische Anfälle auftreten können, welche in ihrem Symptomencomplex von einer gewöhnlichen acuten hallucinatorischen Paranoia kaum abweichen und auch nach ***Orchansky*** „erscheint die Verwirrtheit gewöhnlich nur als kurze Episode oder Anfall oder als ein gewissses Entwicklungsstadium einer complicirten Psychose. Meistens tritt sie", nach seiner Ueberzeugung — „im Verlauf der primären, sowohl acuten als chronischen, besonders aber im Verlaufe der degenerativen Verrücktheit auf". Dabei sei nicht unerwähnt, dass ***Emminghaus*** bereits im Jahre 1878 [1]) betont und beklagt, dass Wahnsinn und Verrücktheit häufig synonym gebraucht werden und dass ein Zustand von „Verworrenheit" mit Incohärenz intercurrent bei den verschiedensten Psychosen vorkommen kann. Schliesslich sei noch hervorgehoben, dass auch ***Jolly*** [2]), bei einer Gelegenheit, wo er sich scharf gegen die Aufstellung eines Delirium acutum als Krankheit sui generis wendet,

[1]) *Emminghaus*, Allg. Psychopathologie.

[2]) *Jolly*, Ueber das Vorkommen von Fettembolie etc. Arch. f. Psych. Bd. 11, S. 201.

Digitized by Google

von einer primären Verrücktheit mit intercurrenter Verwirrtheit spricht. Weiterhin wird uns als eine gemeinschaftliche Eigenschaft aller dieser Krankheitsbilder auffallen, dass die Affecte eine secundäre Rolle spielen. Es haben sich in diesem Sinne *Westphal, Schüle, v. Krafft-Ebing, Meynert, Fritsch, Wille, Salgo* und Andere ausgesprochen. Damit sind zwei entschieden sehr wichtige gemeinsame klinische Erscheinungen gegeben, denn unser gesammtes geistiges Leben wird beherrscht durch die Thätigkeit des Verstandes und das Wirken des Gemüthes. Von einer primären Affection des Gemüthes kann aber bei der Paranoia, wie allgemein angenommen wird, keine Rede sein.

Es schliessen sich also alle Affecte sowohl des Verwirrten, wie des Wahnsinnigen und Verrückten an die abnormen Vorgänge an, welche die Verstandesthätigkeit trüben und fälschen und sind bedingt dadurch und weiter kann jede Exacerbation im Verlauf des Wahnsinns und der Verrücktheit zu Verwirrtheit in ihrer klassischen Erscheinungsweise führen.

Was sind nun die hauptsächlichsten differenzial-diagnostischen Punkte, welche beigebracht werden, um eine Verwirrtheit, Amentia, von dem Wahnsinn und der Verrücktheit zu trennen.

Zunächst wird die Krankheitsdauer ins Feld geführt. Dass die Krankheitsdauer zur Abscheidung von Untergruppen derselben Krankheit von Bedeutung ist, soll nicht bestritten werden, es steht aber mit den bisherigen Gewohnheiten unserer gesammten Pathologie in Widerspruch, wenn wir allein auf Grund der Dauer der Krankheit vollberechtigte Krankheitsformen absondern oder wenn wir dabei derselben einen maassgebenden Einfluss einräumen wollen. Um nicht missverstanden zu werden, betone ich hierbei ausdrücklich, dass diese Ausführung nicht etwa sich auf die Classification der hierhergehörigen Krankheitszustände in *Kraepelin*'s Lehrbuch beziehen sollen. *Kraepelin*'s Bestrebungen sind in dankens- und nachahmenswerther Weise darauf gerichtet, durch ein möglichst genaues und exactes klinisches Studium eine Reihe von Symptomen festzulegen, welche uns gestatten, uns schon im Beginn der Erkrankung ein Bild über den weiteren Verlauf derselben zu machen. Nur dies Bestreben, also das Endziel jeder klinischen Forschung, hat ihn dazu geführt, so zahlreiche Krankheitsbilder aufzustellen.

Digitized by Google

Er ist aber, wie er mir mündlich mittheilte, nicht dagegen, dass Wahnsinn, Verwirrtheit und Verrücktheit, im Gegensatz zu den Stimmungsanomalien, als Paranoia-Gruppe zusammengefasst wird. Die Forschungsmethode *Kraepelin*'s wird immer einen Fortschritt bringen und sie wird bei Abscheidung der Krankheitsbilder als differenzial-diagnostischer Moment der Krankheitsdauer selbstverständlich nicht entrathen können.

Nachdem wir gesehen haben, dass als gemeinschaftliches Grundsymptom der Verwirrtheit sowohl als auch des Wahnsinns und der Verrücktheit eine schwere Alteration der Verstandesthätigkeit angesehen werden muss, dass ferner bei allen 3 Krankheitsbildern die Affecte nur eine secundäre Rolle spielen und dass das erste Krankheitsbild, die Verwirrheit, symptomatisch, sowohl bei Wahnsinn als auch bei Verrücktheit auftreten kann, wird es nicht möglich sein, allein gestützt auf die Krankheitsdauer die Verwirrtheit und den Wahnsinn in der Weise von der Verrücktheit abzusondern, dass alle 3 Krankheitsbilder als gleichberechtigte Gruppen neben den Stimmungsanomalien stehen.

Auch die Aetiologie wird differenziell-diagnostisch verwendet und es wird namentlich von *Meynert* und seinen Schülern von einer acuten Hirnschwäche von einer Erschöpfungspsychose gesprochen und von allen denen, welche für eine Trennung der Verwirrtheit, der Amentia eintreten, betont, dass namentlich acute fieberhafte Krankheiten, geistige und körperliche Ueberanstrengungen, Menstruationsstörungen, das Puerperium und Alcoholismus ätiologisch eine grosse Rolle spielen. Ja es wird sogar gradezu von einer Autointoxication gesprochen.

Wenn wir die aufgeführten ätiologischen Momente betrachten, so werden wir zugeben müssen, dass sie sämmtlich geeignet sind, schwere Ernährungsstörungen herbeizuführen, dabei aber von einander sehr abweichenden Gruppen von Schädlichkeiten angehören. Man betrachte z. B. nur die acute Infectionskrankheit in ihrer Einwirkung auf den Organismus und die geistige und körperliche Ueberanstrengung. Sehen wir uns weiter die Anamnese unserer Kranken an, so werden wir finden, dass bei den verschiedensten Formen, so namentlich auch bei Manie und Melancholie und selbst bei der Verrücktheit ganz dieselben Schädlichkeiten als ätiologisch von Bedeutung aufgeführt werden. Dass z. B. unter den puerperalen

Digitized by Google

Erkrankungen einfache Stimmungsanomalien nicht gerade selten sind, wird Niemand bestreiten und ebenso dürfte es nicht schwer sein, eine Reihe von Fällen zusammenzustellen, wo sich an ein Typhus oder an eine andere Infectionskrankheit diese Form der Seelenstörung oder sogar eine chronische Verrücktheit angeschlossen hat. Kurz gesagt also, es spielen auch bei anderen Psychosen dieselben ätiologischen Momente eine Rolle. Kann es nun auch nicht bestritten werden, dass sich bei den acuten hierhergehörigen Krankheitsbildern häufig diese schädigenden Einflüsse nachweisen lassen, ich erinnere hier namentlich an die schönen Untersuchungen *Fürstner's* über die Puerperal-Psychosen, so kann ihnen doch nicht die Bedeutung einer directen Ursache zugesprochen werden. Wir erfahren oft nicht und es wird nicht selten gar nicht danach gefragt, was vorher schon alles bei dem betreffenden Individuum passirt ist, und wenn wir genauer forschen, so werden wir finden, dass möglicher Weise der Boden schon längst wie auch bei anderen Psychosen für die Krankheit vorbereitet war, und dass die angeblich direct schädigende Ursache nur das Moment gewesen ist, welches die Krankheit auslöste, der Druck am geladenen Gewehr.

Um die Verwirrtheit ganz von der Verrücktheit abzusondern, ist weiter auch ein grosses Gewicht auf die Störung des Bewusstseins gelegt worden. So ist nach *Wille* die Bewusstseinsstörung, Trübung in Form von Verminderung desselben das wichtigste und am sicher leitendste Symptom der Verwirrtheit und es hiesse nach seiner Ueberzeugung den Dingen Gewalt anthun, wenn man sagte, dass die Sinnestäuschungen dieselbe herbeiführen. Auch *Orchansky* sieht als Basis für die Verwirrtheit die Verdunkelung des Bewusstseins an. Gewiss ist bei dem Zustande von Verwirrtheit das Bewusstsein häufig gestört, denn nicht zu selten beobachten wir nach Ablauf desselben mehr oder minder ausgedehnte Amnesie. Aber ist diese Bewusstseinsstörung wirklich die Basis der Verwirrtheit, oder ist sie die Folge derselben, und kommt eine solche Bewusstseinsstörung nicht auch bei anderen Psychosen vor?

Dass zunächst bei dem Zustande der Verwirrtheit, namentlich in höheren Graden eine Bewusstseinsstörung vorhanden ist, geht daraus hervor, dass man, wie erwähnt, häufig nach Ablauf der Verwirrtheit, theilweise oder totale Amnesie beobachtet. Diese

Digitized by Google

Bewusstseinsstörung[1]) ist aber weit verschieden von der, wie sie etwa bei einer einfachen Ohnmacht oder bei den leichten Absencen der Epileptiker oder Paralytiker beobachtet wird, denn sie ist charakterisirt durch eine Reihe von Reizerscheinungen, welche nicht zu selten in grosser motorischer Unruhe klinisch ihren Ausdruck finden. Gewiss sind auch wir mit *Wille* der Ueberzeugung, dass die Sinnestäuschungen allein nicht für die starke Bewusstseinsstörung, welche bis zur Amnesie führt, verantwortlich gemacht werden können. Aber wir haben ferner auch die Ueberzeugung, dass *Fritsch, Meynert, Chaslin, Ziehen* u. A. nur Recht haben, wenn sie einen grossen Werth auf das Auftreten der Incohärenz legen, und dass weiter Sinnestäuschungen sowohl als auch die Incohärenz[2]) schon oder noch in mehr oder minder ausgeprägtem Grade sich nachweisen lassen, wenn von einer Bewusstseinsstörung noch nicht oder nicht mehr die Rede sein kann, dass also die Bewusstseinsstörung eine mehr secundäre Rolle spielt.

Ausserdem, was gemeinhin als Sinnestäuschungen angesehen wird, lassen sich aber mit Bestimmtheit noch eine ganze Reihe abnormer Sensationen nachweisen, welche ebenfalls geeignet sind, in Verbindung mit der Incohärenz sich wechselseitig ergänzend und durchflechtend den normalen Ablauf der geistigen Functionen so zu zerstören, dass jede Vorstellung vom eigenen Ich fehlt und ein ausgesprochenes Reden und Handeln ohne Bewusstsein eintritt. Und es sind also, wie wir bereits oben gesehen haben, dieselben Grundsymptome, welche bei der Verwirrtheit zur Bewusstseinsstörung und bei der Verrücktheit zur Aufhebung der Kritik führen. Allerdings treten sie in anderer Intensität und in anderer Ordnung auf.

---

[1]) Von Bewusstseinsstörung kann nach meiner Ueberzeugung, wenn man sich an die landläufige Bedeutung des Bewusstseins hält, nur dann die Rede sein, wenn Amnesie besteht.

[2]) Die Incohärenz, die Associationsunterbrechung kann die allerverschiedensten Grade und Nüancen aufweisen. Ich erinnere mich an einen Kranken im Zustande der Verwirrung, der offenbar nicht verstand, was man zu ihm sagte, aber die vorgehaltene Uhr sofort richtig ablas, und wurde überhaupt öfters bei Beobachtung solcher Kranken an die Ausführungen *Goldscheider's* über die fast unendlichen Variationen, welche bei blosser Veränderung im Associationsspiel eintreten können, erinnert.

Digitized by Google

Dieser Zustand nun, wo die Bewusstseinsstörung ihren höchsten Grad erreicht hat, finden wir auch bei anderen Psychosen, z. B. bei der Manie und Melancholie. Allerdings tritt er grade bei den Stimmungsanomalien seltener auf und hat klinisch einen ganz anderen Charakter; indem dabei jedesmal der die Stimmungsanomalien charakterisirende Affectzustand in seiner höchsten Potenz zum Ausdruck kommt, nicht aber jene wilde Wechsel der Affecte oder die oft ausgeprägte Abwehrsituation, wie sie bei der Verwirrtheit sich findet.

Es kann also die Bewusstseinsstörung, welche sich auch bei anderen Psychosen findet und secundär auftritt, differenzial-diagnostisch nur in bedingter Weise verwandt werden, wenn es sich darum handelt, die acuteren der hierhergehörigen Fälle von den chronischen abzusondern.

Wie uns die literarische Uebersicht zeigt, hat eine grosse Reihe der ausländischen Autoren und auch eine Anzahl unserer deutschen Forscher sich veranlasst gesehen, namentlich die chronischen Formen der uns interessirenden Krankheiten als degenerative Zustände gesondert zu betrachten.

Den Anstoss zu dieser Anschauung gab die bekannte *Morel*'sche Lehre von der fortschreitenden Verschlimmerung der durch Vererbung überkommenen nervösen und geistigen Störungen in den nachfolgenden Generationen. Danach führt nervöse Reizbarkeit bei dem darauffolgenden Geschlecht zu Hysterie, Epilepsie und Hypochondrie, woran sich in der nächsten Generation Geisteskrankheit und in dem nächsten unfruchtbare Schwachsinnige und Idioten anschliessen.

Aus dieser Anschauung entsprang die Lehre vom erblichen Irresein und später die Lehre von den Entarteten den Héréditaires dégénérés, welch letztes heute durch *Magnan* eine scharfe Fassung gefunden hat.

Bei uns in Deutschland hat die Lehre einen so ausgedehnten Boden wie in Frankreich und auch in Italien nicht gefunden. Immerhin haben sich aber einzelne Autoren mehr oder minder an diese Lehre angeschlossen.

So rechnen *Schüle* und Andere die originäre Verrücktheit, von den anderen einfachen Psychosen streng geschieden, zu dem erblichem Irrsein und unterscheidet *Schüle* ausserdem noch ein

Digitized by Google

degeneratives erbliches Irrsein, das äquivalent ist mit der Moral insanity.

v. Krafft-Ebing geht weiter und nähert sich stark den *Magnan*'schen Auffassungen. Er unterscheidet die Psychoneurosen und die psychischen Entartungen und führt unter den letzteren die originären Paranoia, die chronisch tardive Paranoia neben dem periodischen Irresein auf, während er die Idiotie und Moral insanity den psychischen Entwickelungshemmungen zurechnet. Auch die Italiener sprechen fast sämmtlich von einer degenerativen Form der Paranoia.

Mendel dagegen steht auf einem anderen Standpunkt: „Die geschilderte Aetiologie zeigt ebenso wenig, wie die Symptomatologie, dass wir es bei der Paranoia im Gegensatz zur Melancholie und Manie mit einer degenerativen Psychose zu thun haben, wohin einige Autoren die Paranoia rechnen. Wir finden in der Ascendenz keine hervorstechenden Gründe für eine solche Degeneration, wir vermissen aber auch bei unseren Kranken, wie die Symptomatologie lehrt, wenn wir von der originären Form absehen, körperliche Zeichen der Degeneration.

Es mag dabei die Bemerkung nicht unterdrückt werden, dass dieses Wort, wie es mir scheint, in einem Umfange in der Psychiatrie gebraucht wird, der kaum noch erkennen lässt, was man eigentlich unter einem „degenerirten" zu verstehen hat. Wenn Zeichen, wie das Auftreten einer Geisteskrankheit in der Familie, eigenthümliche Gewohnheiten und Neigungen, Schädelanomalien, Zehemissbildungen u. s. w. die Degeneration beweisen sollen, dann wird sich selten nur ein nicht „degerirter" finden. In pathologisch-anatomischem Sinne hat ja die Degenerescenz bei der Paranoia selbstverständlich gar keine Bedeutung. Im biologischen Sinne ist es kaum verständlich, dass ein solcher Degenerirter gesunde Kinder zeugt."

Dem entspricht, dass *Mendel* in $^1/_3$ aller Fälle überhaupt keine erbliche Anlage nachweisen konnte.

Magnan[1]), der mit grossem Eifer und viel Geschicklichkeit und gestützt auf eine grosse Erfahrung all das gesammelt hat, was

[1]) *Magnan*, Psychiatrische Vorlesungen, deutsch von *Möbius*. Heft 1 bis 5 ff. Leipzig, 1891—93, bei Thieme.

Digitized by Google

mit einer psychischen Entartung im Zusammenhang steht, hat sich sicher ein grosses Verdienst erworben, indem er uns dieses vielfach noch recht unklar und confuss behandelte Capitel der Psychiatrie in leicht verständlicher Weise nach sicheren klinischen Merkmalen charakterisirt unserm Verständniss näher bringt. Ich betone das besonders, damit ich nicht missverstanden werde, wenn ich weiter unten dem von ihm vorgeschlagenen Eintheilungsprincip entgegen zu treten versuche. *Magnan*'s Lehre lautet, kurz zusammengefasst, ungefähr so: Entartete[1]) sind die, welche vermöge krankhafter Zustände ihrer Erzeuger mit einem krankhaften Zustande zur Welt kommen. Durch schädigende Einflüsse des späteren Lebens kann ein gleicher Zustand kaum bewirkt werden, wohl aber möglicher Weise durch Krankheit in utero oder während der frühen Kindheit. Nach dem dauernden Geisteszustand zerfallen die Entarteten in 4 Klassen: Idioten, Imbecillen, Schwachsinnige und höher stehende oder intelligente Entartete.

Der Geisteszustand aller Entarteten mit einigermaassen entwickeltem Geistesleben lässt sich als Disharmonie, als Zerstörung des Gleichgewichts zwischen den einzelnen geistigen Fähigkeiten auffassen. Déséquilibration. Besonders kommt das bei den höher stehenden Entarteten in Betracht, welche daher oft schlechtweg déséquilibrés genannt werden. Das Fehlen des stabilen Gleichgewichts, die Instabilität hat dazu geführt, diese déséquilibrés auch als Instable zu bezeichnen. Während bei den verschiedenen Graden des Schwachsinns vorwiegend die sogenannten oberen geistigen Fähigkeiten fehlen, die Triebe aber vorhanden sind, oder wegen des Mangels an Hemmung als übermässig stark erscheinen und nur ausnahmsweise in der intellectuellen Wüste sich Oasen finden, (die partiellen Genies unter den Schwachsinnigen) ist bei intelligenten Entarteten die Form der Instabilität sehr verschieden. Neben einem intensiven Gemüthsleben finden sich z. B. intellectuelle Mängel. Bei guten geistigen Fähigkeiten Lücken in moralischer Beziehung.

Der Geisteszustand der Entarteten bleibt während des ganzen Lebens. Er ist ebenso unveränderlich wie die Fehler der körper-

---

[1]) Ich bediene mich bei diesem Referate hauptsächlich der Einleitung, die *Möbius* dem II./III. Heft vorausschickt.

Digitized by Google

lichen Bildung, die allgemein als Stigmata der Entartung bekannt sind, und die sich am häufigsten und in der schwersten Form bei den Blödsinnigen finden, bei den höher stehenden Entarteten aber seltener und leichter werden.

Bestimmte geistige Erscheinungen, die seelischen Stigmata, wie sie ***Magnan*** nennt, verhalten sich etwas anders als die körperlichen Stigmata. Es sind dies die syndromes épisodiques.

Jede Zwangsvorstellung, jeder Zwangstrieb mit Angst bei völliger Einsicht ist ein solches Syndrome. Das Zwangsmässige wird stets durch „Obsession" ausgedrückt. Obwohl die Macht des Zwanges nicht immer gleich ist, muss sie doch im Allgemeinen als unwiderstehlich gelten. Dem Kampf (mit Unruhe, Angst, Druck in der Herzgrube, kaltem Schweiss, Verwirrung) unterliegt der Kranke und nachdem er durch den Zwang überwunden, tritt ein Gefühl der Erleichterung, Genugthuung und Beruhigung ein.

Die syndromes épisodiques, von ***Möbius*** nicht unpassend mit „Zufällen" übersetzt, verhalten sich zum Geisteszustand (état mental) wie die Episode zur Geschichte. Der Zufall erwächst nur auf dem Boden der Entartung. Die alten Monomanien sind nichts anderes als „Zufälle". Es handelt sich dabei nicht um besondere Krankheiten, sondern wie ***Magnan*** sich ausdrückt, um verschiedene Kleider, in denen immer derselbe Kranke, der Entartete steckt. Entsprechend der stets wechselnden Individualität ist die Zahl der Zufälle unbegrenzt, es hat deshalb auch keinen Zweck, einzelne Gruppen aufzustellen und verzichte ich, die von ***Magnan*** als die wichtigsten aufgeführten, hier wiederzugeben.

Ein Instabler kann nach der Lehre ***Magnan***'s ohne Zufälle sein und bleiben. Sie können sehr früh im Leben oder erst spät auftreten. Meist kommen mehrere Formen in den verschiedensten Combinationen vor.

Als Zwischenglied zwischen dem état mental der Entarteten und dem Irresein der Entarteten muss nach ***Magnan*** die manie raisonante betrachtet werden.

Die manie raisonante[1]) ist in der Hauptsache ein Erregungszustand der instablen Geisteskräfte der Entarteten, eine Erregung zumeist ohne Krankheitseinsicht. Sie ist so zu sagen ein Kleid,

[1]) *Magnan*, l. c. Heft 1 p. 33.

Digitized by Google

in das sich der Entartete kleidet, nicht eine besondere Krankheit. Sie muss sowohl von der gewöhnlichen Manie als auch von der Paranoia der Entarteten unterschieden werden. Da die Kranken mit manie raisonante nicht selten zu Trunkausschreitungen neigen, differente Pupillen haben können, so werden sie zuweilen mit den an beginnender Paralyse leidenden verwechselt. Tritt dagegen Mangel an Gleichgewicht besonders in moralischer Beziehung hervor, zeigen sich verkehrte Triebe, so spricht man von moralischem Irresein. Beide, das moralische Irresein und die Manie raisonante (oder mit anscheinender Vernünftigkeit, wie es *Möbius* übersetzt), sind nur Modificationen des den Entarteten eigenthümlichen Geisteszustandes. Die verfolgten Verfolger (persécutés persécuteurs) zeigen zeitweise maniakalische Erregung. Aber ihr unterscheidender Charakter ist die ihnen eigene Hartnäckigkeit, Zähigkeit, die sie deutlich von den andern Kranken mit manie raisonante trennt. Zuerst hat *Lasègue* ihre Art erkannt, der sie zwar zuerst mit den übrigen an Verfolgungswahn leidenden zusammenwarf, später aber aus ihnen eine besondere Gruppe bildete. Immerhin erkannte er Zugehörigkeit des Krankheitsbildes zum Irresein der Entarteten nicht und betrachtete es nur als eine Abart des Verfolgungswahns. — *Falret* hat zuerst auf die Zugehörigkeit dieser Form zur folie raisonante hingewiesen. *Magnan* selbst hatte wiederholt Gelegenheit, sich mit solchen Kranken zu beschäftigen und stimmt *Falret* ganz bei. Bei dieser Gelegenheit erwähnt *Magnan* auch, dass *v. Krafft-Ebing* und andere die persécutés persécuteurs als Querulantenwahn (Paranoia querulans) beschrieben haben.

Bei dem moralischen Irresein, der folie morale, besteht keine Krankheitseinsicht und man darf wohl sagen im Gegensatz zum état syndromique, dass bei der folie morale die Kranken sich mit einer gewissen „Unbewusstheit“ ihren schlechten Neigungen sich hingeben. Der moralisch Irre stiehlt mit Freuden, der Kleptomane wider Willen.

Vermöge seiner Instabilität hat jeder Entartete eine Anlage zum Irresein im engeren Sinne (délire). Bei relativ schwacher Anlage oder besonders günstigen Lebensverhältnissen können Entartete lange Zeit als kaum von Gesunden verschiedene erscheinen. Tritt aber eine stärkere Erschütterung ein, so geht das Gleichgewicht verloren, unter solchen Umständen beobachtet man nach *Magnan* oft einfache Melancholie oder Manie.

Digitized by Google

Eine der am meisten den Entarteten kennzeichnenden Formen ist das „unvermittelte Irresein", wie *Möbius* das délire d'emblée übersetzt: in Stunden oder Tagen entwickelt sich aus einem relativ normalen Zustande eine Fülle von Wahngebilden. Bald bleiben dabei die Kranken äusserlich ruhig, bald sind sie höchst erregt und mehr oder weniger verwirrt. Das Wesentliche ist das schroffe Hereinbrechen des Irreseins, ohne epileptische Vorgänge, ohne Fieber oder andere körperliche Störungen. Der rasch entstandene Sturm legt sich bald wieder, doch ist die Dauer von vornherein nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Wohl aber ist von Anfang an die relative Genesung so gut wie sicher. Das délire d'emblée ist nur den Entarteten eigen. Auch bei den Entarteten mit chronischem Irresein kommt es als acutes Aufflammen vor. Die Entarteten sind ebenso wie in ihrem gewöhnlichen Zustande auch in ihrem Wesen instabel, alogisch, bizarr.

Im Gegensatz zu dem Irresein der Entarteten und von demselben streng zu scheiden steht das délire chronique, oder nach der *Möbius*'schen Uebersetzung die Paranoia completa.

Das délire chronique, über das wir weiter oben[1]) nach *Paul Garnier* schon berichtet haben, betrifft im Allgemeinen Menschen im reifen Alter, die vorher geistesgesund waren, bis dahin kein Zeichen einer intellectuellen, moralischen oder affectiven Störung gezeigt hatten. Hierdurch werden nach *Magnan* diese Kranken von vornherein von den erblich Entarteten getrennt, denn bei diesen bestehen von Kindheit deutliche Krankheitszeichen. Die weiteren Kennzeichen des délire chronique sind: die lange Dauer, die 50 Jahre und mehr betragen kann, und der methodisch, stetig fortschreitende Verlauf, der vier deutliche Abschnitte kennen lässt[2]). „Diese Perioden folgen einander unwiderruflich in derselben Weise und kein Kranker, der plötzlich Verfolgungs- oder Grössenwahn zeigt, oder bei dem jener auf diesen folgt, leidet an Paranoia completa."

Verschiedenen Einwürfen gegenüber hob *Magnan* hervor, dass die Entartung, welche in erster Linie durch die Erblichkeit bedingt ist, auch durch den Zustand während der Zeugung, die

---

[1]) p. 313.

[2]) Die 4 Abschnitte sind oben p. 314 schon beschrieben.

Digitized by Google

Krankheiten der Schwangeren und der kleinen Kinder mit bedingt werden kann, und betonte weiterhin, dass ein nicht Entarteter und daher auch ein délirent chronique sehr wohl belastet sein kann.

Wir haben auf der einen Seite nach der *Magnan*'schen Auffassung und Lehre die grosse Gruppe der Entarteten, welche so ziemlich alles umfasst, was uns bisher von sogenannten einfachen Psychosen bekannt geworden ist, auf der andern Seite das délire chronique mit seinem streng gesetzmässigen Verlauf. Wir können *Magnan* nur dankbar sein, dass er uns den Begriff der Entartung genauer fixirt hat, und dass er aus seiner reichen Erfahrung, einer Erfahrung, wie sie wohl kaum einem andern zu Gebote steht, eine grosse Anzahl von Beobachtungen zur Verfügung stellt, um uns zu zeigen, wie sich die Entartung bei den Kranken zeigt, welche in der Regel in einer Anstalt nicht Aufnahme suchen. Wir halten es auch für ein grosses Verdienst, dass er neben den körperlichen Stigmatis auch die seelischen einer gebührenden Würdigung unterzieht, denn es muss für die Praxis von grossem Werthe sein, auch in diesem bisher noch recht wenig erforschten Gebiete sichere Merkmale zu erlangen; wir können aber *Magnan* eine gewisse Einseitigkeit nicht absprechen, wenn er versucht auf Grund dieser Lehre von der Entartung die gesammten Psychosen zu classificiren. Das Resultat dieser Classification ist auch in der That nicht sehr verlockend. Wir haben auf der einen Seite eine wie wir später sehen werden sich nur sehr selten in der von *Magnan* geforderten Reinheit zu beobachtende Form von Geisteskrankheit, auf der andern Seite eine sehr grosse Menge von unter sich sehr verschiedenen Formen. Ohne die Bedeutung, welche der Belastung und Entartung bei der Entwickelung der Geisteskrankheiten zukommt, zu unterschätzen, können wir daher *Camuset* nur zustimmen, wenn er sagt, „Les signes de dégénéreuve sont tellement nombreux qu'on peut, à bon droit, se demander s'il existe des individus assez priviligiés pour être absolument exempts de toute tare de dégénéreuve," denn, wie bekannt, sind sowohl die körperlichen als auch die seelischen Stigmata ausserordentlich verbreitet und jeder, der sich seinen Bekanntenkreis zum ersten Male genauer darauf ansieht, staunt darüber. Unsere deutschen Forscher kommen bei Prüfung von *Lombroso*'s Theorie, welche einen grossen Werth auf dieselben

Digitized by Google

oder ähnliche Zeichen legt, zu demselben Resultat *(Bär)*. Es kann deshalb nicht zweckmässig sein, Erscheinungen, welche in mehr oder minder ausgedehntem Grade eine, man möchte fast sagen allgemeine Verbreitung besitzen, als generelle differenziell-diagnostische Momente einzuführen. Was nun das délire chronique betrifft, so haben sich dagegen, nach unserer Ueberzeugung, auch mit vollem Rechte eine Reihe und zwar nicht unwichtiger Stimmen erhoben. Zunächst betont *Dagonet*, dass das délire des persécutions auch ohne Grössenideen verlaufen kann und dass der Ausgang in Demenz kein unbedingtes Erforderniss ist, ebenso hatte vorher auch *Falret*, der sonst im Grossen und Ganzen, abgesehen von der Namengebung, *Magnan* zustimmt, seine Zweifel an der absoluten Gesetzmässigkeit des Verlaufs erkennen lassen, indem er in dem Auftreten des Grössenwahns nur ein neues Symptom sieht, welches hinzukommt. *Delasiauve*, der ebenso wie wir in der erblichen Belastung nur ein veranlassendes Moment wie ein anderes auch (acute Krankheit, psychischer Shok etc.) sieht, hebt ebenfalls hervor, dass die Grössenideen in den verschiedensten Perioden und sogar im Anfang sich finden können. *Christian* bezeichnet die Fälle mit so gesetzmässigem Verlauf, wie sie die Lehre *Magnan*'s vorschreibt, geradezu als exceptionell. *Ball* bringt eine Reihe von Beobachtungen, welche beweisen, dass die systematische Entwickelung durchaus nicht zu bestehen braucht und geht, wie wir oben S. 319 gesehen haben, soweit, dass er seinen Vortrag mit dem Satze schliesst: „Enfin l'on doit bannir du vocabulaire scientifique et médical le mot de délire chronique, qui ne répond à rien, pas même à la pensée de ses inventeurs. *Sèglas* bringt Beobachtungen, welche bei dem Symptomencomplex des délire chronique nicht nur Belastung, sondern auch Entartung erkennen lassen und weist unter Berufung auf eigene und fremde Beobachtungen nach, dass das délire der Entarteten sich ebenfalls so langsam entwickeln kann wie das délire chronique, was übrigens von *Magnan* nicht in Abrede gestellt wird, und dass andrerseits auch das délire chronique sich so rasch entwickeln kann, wie das délire systématisé der Entarteten. Wenn wir unsere deutsche Literatur ansehen, so ist es auffällig, dass die vier Perioden des délire chronique, man kann wohl sagen, noch nie beobachtet worden sind, obschon eine so grosse Anzahl von Autoren sich mit derartigen Kranken be-

Digitized by Google

schäftigt hat. Davon, dass der Grössenwahn in der Regel dem Verfolgungswahn vorausgeht, liest man allerdings, aber über einen absolut gesetzmässigen Verlauf finden sich keine Angaben und es ist wohl zu beachten, dass ein so angesehener Autor wie *v. Krafft-Ebing*, der sich in seiner Classification, was die Bedeutung der Entartung betrifft, schon sehr *Magnan* nähert, einen hallucinatorischen Wahnsinn äquivalent der acuten primären Verrücktheit *Westphal's*, der hallucinatorische Verwirrtheit, beschreibt, welche ausgezeichnet durch einen sehr mannigfaltigen und wechselnden Inhalt der Delirien jeder Systematik entbehrt, und diesen Wahnsinn unter den Psychoneurosen als einzige der hierhergehörigen Formen aufführt, während er die chronischen derartigen Formen alle unter den psychischen Entartungen unterbringt und also gerade umgekehrt wie *Magnan* verfährt.

Schüle beschreibt zwar einen chronischen Wahnsinn, der sich über Jahre erstrecken kann und nicht auf der Grundlage der Entartung sich aufbaut, aber der Verlauf dieses Wahnsinnes ist ein sehr mannigfaltiger. Für den chronischen bildet der remittirend-excerbirende Verlauf die Regel. Also auch nicht die methodische gesetzmässige Entwickelung des délire chronique. Dieselbe Beobachtung werden wir machen, wenn wir die Lehrbücher anderer Autoren nach einer Stütze für *Magnan's* délire chronique durchsuchen und beim Studium der italienischen Arbeiten, welche ebenfalls, wo sie von einer degenerativen Paranoia sprechen, meist nur die chronischen Formen meinen. Der ausgesprochene chronische Verlauf ist aber mit eins der charakteristischen Zeichen des délire chronique, welches nur bei Nichtentarteten vorkommt. Weiterhin rechnet *Chaslin*, obschon ein plötzlicher Ausbruch, ein stürmischer, wechselnder Verlauf mit oft rasch eintretender Genesung nach *Magnan* für ein Irresein der Entarteten spricht, ebenso wie die meisten Deutschen und Italiener die confusion mentale nicht zum délire des héréditaires dégénérés. Wir müssen also nach alledem, namentlich auch, wenn wir unsere eigenen Erfahrungen dazu nehmen, sagen, dass sich das délire chronique *Magnan's* wohl nur sehr selten finden dürfte, namentlich wenn wir uns an die etwas doctrinaire klinische Umschreibung *Magnan's* halten und es kann somit die Entartung als differenzialdiagostisches Moment nicht in der Weise zur Anwen-

Digitized by Google

dung gezogen werden, wie es *Magnan* in Vorschlag gebracht hat.

Nach unseren bisherigen Untersuchungen dürfte es kaum noch zweifelhaft sein, dass Verwirrtheit, Wahnsinn und Verrücktheit auf einem gemeinsamen klinischen Boden zusammenstehen, denn 1) spielt bei allen dreien Krankheitsbildern die Alteration des Verstandes eine maassgebende Rolle und wird durch genetisch zusammenhängende Symptome veranlasst; 2) spielen bei allen drei Krankheitsbildern die Affecte eine nur secundäre Rolle, 3) kann die Verwirrtheit symptomatisch sowohl beim Wahnsinn als bei der Verrücktheit auftreten und schliesslich 4) sind die differenzialdiagnostischen Momente, welche beigebracht werden, um die drei Krankheitsbilder unter einander zu trennen, zwar wohl geeignet eine solche Scheidung zu bedingen, wenn man eine gemeinschaftliche Grundlage annimmt, nicht aber zu einer generellen Trennung, welche etwa die Verwirrtheit als gleichberechtigt mit der Stimmungsanomalie hinstellen soll.

Diese drei Krankheitsbilder, die Verwirrtheit, der Wahnsinn und die Verrücktheit, welche durch eine Reihe von gemeinschaftlichen Symptomen sehr nahe mit einander verwandt sind, bilden also eine gemeinschaftliche Krankheitsgruppe. Diese Krankheitsgruppe muss mit Rücksicht auf die historische Entwicklung der in der Literatur üblichen Bezeichnungen Paranoia genannt werden. Denn wir finden den Namen für jedes der drei Krankheitsbilder angewandt, wenn ihn auch vielleicht, namentlich in letzter Zeit eine grössere Reihe von Autoren der Verrücktheit beigelegt hat.

Wenn die Paranoia wirklich eine wohl umschriebene klinische Krankheitsgruppe ist, so müssen sich auch eine ganze Reihe von **differenzial-diagnostischen Momenten** finden, welche sie von den übrigen Geisteskrankheiten und Psychosen trennen.

Zunächst ist die Paranoia als rein functionelle Psychose, wie *Mendel* richtig bemerkt, von allen den Krankheiten geschieden, bei denen eine organische Veränderung zu Grunde liegt.

Gewiss giebt es Paralytiker und auch Fälle von traumatischem Irresein, welche monate-, ja jahrelang das Bild einer Paranoia bieten können, aber auch abgesehen von den sich dabei stets mehr oder minder ausgeprägt findenden Symptomen, welche auf die organische

Digitized by Google

Veränderung des Centralnervensystems hinweisen, ist die Differenzial-Diagnose in so fern meist leicht, weil nicht zu selten nach längerer oder kürzerer Dauer die paranoischen Erscheinungen mehr zurücktreten und einer ausgeprägten Stimmungsanomalie nach der einen oder andern Seite hin Platz machen.

Dasselbe gilt von der Epilepsie und Hysterie. Sicher können auch bei diesen sogenannten schweren oder grossen Neurosen die paranoischen Erscheinungen so charakteristisch auftreten, dass man, wenn nicht die krampfartigen Zustände und sonstige charakteristische Erscheinungen beständen, auf die ich hier nicht näher einzugehen brauche, an eine der verschiedenen Formen der Paranoia denken könnte; aber auch hierbei lehrt die weitere Beobachtung des Verlaufes, dass die paranoischen Zustände zeitweise durch solche einer ausgesprochenen Melancholie oder Manie ersetzt werden. Was den Alcoholismus betrifft, so kommt es bekanntlich auf den Grad des Abusus spirituosorum an, ob eine organische Veränderung des Centralnervensystems herbeigeführt wird oder nicht. Dass die Alkoholisten mit den schweren Erscheinungen, welche auf eine organische Veränderung hinweisen, die sogenannten Alkohol-Paralytiker mit der Paranoia, auch wenn sie paralytische Erscheinungen darbieten, nichts zu thun haben, liegt auf der Hand. Etwas anderes ist es aber mit den Fällen, wo der Alcoholismus nur Gelegenheitsursache oder bereits Symptom der Krankheit war und mit dem von *Nasse* bereits in klassischer Weise charakterisirten Eifersuchtswahn der Trinker. Dass eine typische Paranoia gelegentlich auch durch Alkoholexcesse zum Ausbruch gebracht werden kann, ist schon vielfach beobachtet, hierbei kann begreiflicher Weise von einem Alcoholismus nicht gesprochen werden und diese Fälle sind der Paranoia zuzuzählen. Auch das Delirium tremens ist in seinen leichteren Formen einem acuten Verwirrungszustand der Paranoischen gleich zu erachten, bei den schweren Fällen dagegen ist es mir zweifelhaft, ob nicht auch eine organische Läsion zu Grunde liegt. Bei einer ganzen Reihe von diesen und ähnlichen Intoxicationszuständen dürfte sich der Nachweis einer schweren organischen Veränderung führen lassen; so habe ich[1]) in einem Falle von

[1]) *A. Cramer*, Anatomische Befunde im Gehirn bei einer Kohlenoxydgas-Vergiftung. Centralblatt f. allg. Path. u. path. Anat. II. Bd, S. 545 und Faserschwund nach Insolation. Bd. I, S. 185.

Digitized by Google

Kohlenoxydgas-Vergiftung mit ausgesprochenem deliranten klinischen Verlauf einen ausgedehnten Faserschwund in der Hirnrinde neben anderen diffusen Veränderungen nachweisen können und auch in einem Falle von Insolation mit ähnlichem Verlauf einen ähnlichen Befund erhoben.

Bei Besprechung dieser intoxicatorisch oder durch andere direct wirkenden Ursachen bedingten deliranten Znstände liegt es nahe, auf das sogenannte Delirium acutum einzugehen, das der ihm zugeschriebenen klinischen Erscheinungsweise nach grosse Aehnlichkeit mit den intercurrenten Verwirrungszuständen bei der Paranoia hat.

Ohne näher auf die Frage einzugehen, ob das sogenannte Delirium acutum ein Krankheitsbild für sich darstellt, will ich nur die Anschauung einiger Autoren anführen, um zu zeigen, dass sich gewichtige Stimmen dagegen erhoben haben.

Am deutlichsten und zutreffendsten hat sich nach meiner Ueberzeugung in dieser Frage *Jolly*[1]) ausgesprochen. „Es ist dies das Symptom (Verwirrtheit mit Aufregung), das man auch ganz zutreffender Weise mit dem Namen Delirium acutum bezeichnet hat, da es sowohl seinem Beginn als Verlauf nach fast immer ein acutes ist. Nicht zutreffend dagegen ist es — wie *Mendel* mit Recht hervorgehoben hat — wenn man aus diesem Delirium acutum eine besondere Krankheitsform machen will, die als selbständige den anderen psychischen Krankheiten gegenüber steht und womöglich auch noch durch einen bestimmten anatomischen Befund gekennzeichnet sein soll."

„Den Autoren, die in diese ontologische Auffassung verfallen sind, ist es regelmässig passirt, dass sie Fälle von acut verlaufender Dementia paralytica mit solchen von Melancholie mit Aufregung und mit solchen von intensiver Manie in einen Topf zusammengeworfen haben; daneben kommen wohl auch noch Fälle von primärer Verrücktheit mit intercurrenter Verwirrtheit, epileptische Delirien, Delirien nach acuten Krankheiten u. s. w. unter gleicher Bezeichnung vor. Am eigenthümlichsten aber ist es, dass man nun noch einen Unterschied machen soll zwischen diesem Delirium acutum und einer angeblich total verschiedenen Krankheitsform,

[1]) *Jolly*, l. c. S. 213.

Digitized by Google

die als Mania transitoria beschrieben wird. Sucht man nach irgend einem, wenigstens scheinbaren Unterschiede, so erfährt man 1) dass die Mania transitoria gewöhnlich günstig verläuft, das Delirium acutum ungünstig, 2) dass die Mania transitoria kürzer dauert als das Delirium acutum. Beide Kriterien sind aber ganz hinfällig. —

Was die verschiedene Dauer betrifft, so wird gewöhnlich die Angabe von *v. Krafft-Ebing* wiederholt, dass die Dauer des Anfalls von Mania transitoria im Durchschnitt 2—6 Stunden betrage, allein *v. Krafft-Ebing* selbst theilt schon Fälle aus eigener und fremder Beobachtung mit, in denen der Anfall — zuweilen mit Remissionen, zuweilen aber auch continuirlich verlaufend — über 24 Stunden gedauert hat. Fälle von mehrtägiger Dauer finden sich ferner reichlich in der Literatur und sind gewiss jedem Irrenarzt aus eigener Beobachtung bekannt. Wo liegt die Grenze zwischen dem Delirium acutum, das ebenfalls in wenigen Tagen verlaufen kann, meistens allerdings auf einige Wochen sich erstreckt?

„Die ganze Differenz löst sich aber in einfachster Weise, wenn wir sagen: Zustände intensiver Verworrenheit mit Aufregung, mögen sie maniakalischen oder melancholischen Charakters sein, sind um so gefährlicher für den Kranken, je länger sie andauern."

„So wenig wir bis jetzt von der anatomischen Grundlage dieser Zustände wissen, so wissen wir doch das eine, dass sie eine sehr schwere Beeinträchtigung der Gehirnfunctionen darstellen. — Sie können entweder ganz isolirt als transitorische Manie oder Melancholie verlaufen oder auch eine Episode im Verlauf aller möglichen Geisteskrankheiten darstellen."

Ich habe die Ausführungen *Jolly's* deshalb etwas ausgedehnter wiedergegeben, weil sie, wie erwähnt, nach meiner Ueberzeugung durchaus das richtige treffen. Denn es ist manchmal wunderbar, was aus einem Fall mit den ausgesprochenen Zeichen des sogenannten Delirium acutum alles werden kann, wenn es gelingt, durch eine geeignete Therapie — reichlichste Ernährung mit viel Wein durch die Schlundsonde, reichlich Narcotica — den Kranken über die Höhe der Krankheit wegzubringen. Ich erinnere mich namentlich an ein junges Mädchen, das uns mit hohem Fieber und im wildesten Delirium gebracht wurde. Trotz dem Fieber wurde mit der Sonde reichlich Nahrung und Wein eingeführt und mit Hülfe

Digitized by Google

von Sulfonal innerhalb von 8 Tagen grössere Ruhe erzwungen. Das Fieber, für das sich ein Grund nicht auffinden liess, fiel ab, die Patientin wurde im Verlauf von weiteren 8 Tagen ruhiger, musste aber noch fast $^3/_4$ Jahre mit der Sonde gefüttert werden. Sie lag währenddem ruhig in einem völlig stuporösen Zustand da. Hierauf wurde Pat. regsamer, machte aber einen kindlichen, sehr schwachsinnigen Eindruck. Doch auch dies Stadium löste sich und Pat. konnte ungefähr $1^1/_2$ Jahre nach ihrer Einlieferung als vollständig genesen entlassen werden und ist bis heute (nach $2^1/_2$ Jahren) gesund geblieben. Aehnliche Erfahrungen wird wohl schon jeder gemacht haben, der eine grössere Reihe von Kranken gesehen hat.

Ausser *Mendel* und *Jolly* haben sich noch verschiedene andere Autoren gegen das Delirium acutum als Krankheit sui generis ausgesprochen, so *Meynert*, *Kirchhoff* und *Salgo*, welch letzterer das Delirium acutum zur acuten hallucinatorischen Verwirrtheit rechnet. Auch *Ziehen* spricht von der sehr unbestimmten Form des Delirium acutum.

Sehr wohl zu beobachten ist ferner auch, dass *Schüle*, der sich in ausgedehnter Weise mit dieser Frage beschäftigt hat[1]), sich nicht zu der Annahme eines Delirium acutum als Krankheit sui generis entschliessen kann, er schreibt: „Ich behaupte auch heute noch, dass das Delirium acutum keine Krankheit sui generis ist, auch ich halte fest, dass dasselbe auf einer Reihe von acuten Hirnaffectionen und Neuropsychosen sich vertheilt."

Es kann demnach auch das sogenannte Delirium acutum besondere differenzial-diagnostische Schwierigkeiten nicht machen, man muss sich nur daran erinnern, dass eben bei jeder Psychose und Gehirnerkrankung überhaupt ganz acute delirante Zustände mit hochgradiger Aufregung eintreten können, und nicht bei jedem Kranken, der in einem solchen Zustand eingeliefert wird, sofort eine Diagnose stellen wollen. Die Beobachtung von einigen Wochen wird stets lehren, mit was wir es zu thun haben, wenn nicht anamnestisch als bestimmte directe Ursache eine Intoxication nachgewiesen werden kann oder das Delirium auf einer organischen Veränderung beruht. Führt doch *Scholz*[2]) das Delirium acutum

[1]) *Schüle*, Ueber das Delirium acutum. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 24, S. 317 und klinische Psych., S. 339.

[2]) *Scholz*, Handbuch der Irrenheilkunde. 1890. S. 122.

Digitized by Google

geradezu unter den organischen Hirnerkrankungen auf und sind schon früher von *Jehn*[1]), welcher übrigens auch nicht eine Krankheit für sich in dem acuten Delirium erblicken kann, Versuche gemacht, eine pathologische Anatomie dieser Delirien zu begründen. Allerdings hat *Fürstner*[2]), der Gelegenheit hatte, in 3 Fällen das Gehirn nach modernen Methoden zu untersuchen, einen positiven Befund im Centralnervensystem nicht erhoben, wohl aber die Erscheinung der wachsartigen Degeneration in der quergestreiften Musculatur. Dabei sei bemerkt, dass auch *Fürstner* von einem Symptomencomplex spricht und in diesem Symptomencomplex eine abgeschlossene Krankheitsform sui generis nicht findet. Ich bin mir dabei sehr wohl bewusst und habe es auch bereits oben erwähnt, dass der Charakter des deliranten Zustandes sehr variiren kann, bin auch überzeugt, dass es den späteren klinischen Forschungen gelingen wird, Merkmale zu finden, welche wenigstens einen Anhalt für die Prognose geben und glaube, dass die eingehenden Detailstudien *Kraepelin*'s uns hierbei auf den richtigen Weg führen werden. Was die senilen Erkrankungen betrifft, so ist es wohl zweifellos, dass dieselben neben einer Reihe von anderen schädlichen Momenten bedingt sind durch die regressive Metamorphose des Greisenalters, so dass sie von einzelnen Autoren, sowie *Scholz* und *Kirchhoff* unter den organischen Geisteskrankheiten aufgeführt werden. Wenn man das Gehirn eines während einer senilen Psychose verstorbenen Mannes nach den neueren Methoden untersucht, wird man, wie ich mich vielfach überzeugt habe, und auch von anderer Seite schon hervorgehoben ist, stets eine Reihe von Befunden feststellen, welche nicht anders als Rarefactionserscheinungen gedeutet werden können. Damit wäre genetisch die Trennung von der Paranoia gegeben. Doch auch klinisch besteht eine Reihe von Momenten, welche uns die Psychose des Seniums abtrennen lassen. Die werthvollste Arbeit über diese Klasse von Psychosen hat uns in letzter Zeit *Fürstner*[3]) geliefert. Wie die von ihm gegebene Zusammenstellung von Formen, welche

[1]) *Jehn*, Beiträge zur pathologischen Anatomie acuter Delirien. Arch. f. Psych. Bd. VIII, Heft 3.

[2]) *Fürstner*, Ueber Delirium acutum. Arch. f. Psych. Bd. XI, S. 527.

[3]) *Fürstner*, Ueber die Geistesstörungen des Seniums. Arch. f. Psych. Bd. 20, S. 459.

Digitized by Google

er bei senilen Kranken beobachten konnte, erweist, finden sich neben Demenzzuständen auf der Basis organischer Hirnveränderungen die verschiedensten Arten der functionellen Psychosen; das klinisch Gemeinsame dieser verschiedenen Krankheitsbilder ist, wie *Fürstner* mit Recht betont, eine Veränderung, welche das Seelenleben im höheren Alter oft genug noch innerhalb der physiologischen Grenzen erleidet, welche auf die Symptomatologie und den Verlauf etwa in dieser Periode auftretender Psychosen modificirend wirkt. Eine Abnahme der Intelligenz braucht dabei, wie *Fürstner* richtig betont, nicht immer vorhanden zu sein, aber es fehlt, ich möchte sagen, fast stets, den Psychosen das Unmittelbare, Wuchtige in der Art, wie sich die einzelnen Symptome darstellen, und es finden sich häufig Mischformen verschiedener Psychosen oder das Krankheitsbild kommt nur ganz rudimentär zur Entwickelung. Es ist ein gewaltiger Unterschied zwischen der Art und Weise, wie eine Melancholie zum Vortrag kommt, im mittleren Lebensalter und im Senium und es stechen die Wahngebilde eines Paranoikers, der in den Dreissigen erkrankt, ganz wesentlich ab von dem, was ein „Seniler" producirt. Einmal ist die Melancholie nur selten rein im Senium, es mischen sich meistens hypochondrische paranoische Symptome unter und weiterhin fehlt es auch bei einer Erkrankung im Senium mit vorherrschend paranoischen Symptomen nicht an Stadien, wo dieselben ganz in den Hintergrund treten und maniakalischen oder melancholischen Erscheinungen meist mit schwach ausgeprägten Affecten Platz machen. Auch der Zustand der Verwirrtheit, wenn er im Senium auftritt, ist nur ein schwacher Abglanz von dem, was wir bei jüngeren Individuen zu sehen gewohnt sind.

Gewiss stellt das Senium nicht einen so scharf markirten Grenzstein im Leben des Menschen dar, wie die Pubertät, ist es doch ein Zeitraum von fast 20 Jahren, in dem die senilen Erscheinungen, soweit sie noch in die Breite der Gesundheit fallen, einsetzen können, aber das hat das Senium mit der Pubertät gemein, dass es der etwa auftretenden Psychose seinen Stempel aufdrückt und dass die Psychosen, nur selten rein auftretend, Mischformen darstellen.

Es sind wie die Psychosen auf hysterischer, epileptischer und traumatischer Basis complicirte Psychosen und wir dürfen des-

Digitized by Google

halb, wenn auch manchmal ein paranoischer Symptomencomplex vorzuherrschen scheint, die senilen Erkrankungen nicht zur Paranoia rechnen.

Nach alledem macht es keine besonderen Schwierigkeiten, die Paranoia von den complicirten Psychosen abzusondern, denn es liegt diesen Psychosen jedesmal ein eigenartiger Symptomencomplex zu Grunde, auf dem sich die paranoischen Erscheinungen entwickeln können.

Es bleibt nun noch übrig, die Paranoia von der andern grossen Gruppe der einfachen functionellen Psychosen, von den Stimmungsanomalien, zu sondern. Jedem, der Gelegenheit gehabt hat, eine grosse Reihe von einfachen functionellen Psychosen in einem verhältnissmässig frühen Stadium zu beobachten, werden Fälle vorgekommen sein, wo ihm die Trennung nicht ganz leicht wurde. Ich meine Fälle von Paranoia mit subacutem Verlauf und depressivem Charakter, welche sich sehr der Melancholie nähern und Fälle von sogenannter furibunder Manie, welche sich nicht leicht von Verwirrtheit trennen lassen.

Diese Schwierigkeiten lassen sich überwinden, wenn man streng daran festhält, dass die Paranoia eine Erkrankung des Verstandes ist, bei der die Affecte eine secundäre Rolle spielen. Denn bei den Stimmungsanomalien, bei der Manie und Melancholie, steht, wie schon der gemeinschaftliche Name zeigt und wie wohl Niemand bestreiten wird, der jedesmalige Affectzustand im Vordergrund der Symptome, er ist das prädominirende, das primäre Symptom.

„Die Wahnvorstellungen sind nicht, wie bei der Melancholie, entstanden auf einer zuerst krankhaft veränderten Lage der Stimmung und der Gefühle, sondern sie drängen sich in ein normales Bewusstsein hinein, das sie erst allmälig verändern“ schreibt ***Mendel*** und charakterisirt damit scharf die prädominirende Bedeutung der krankhaft veränderten Stimmung im klinischen Bilde der Melancholie.

Auch wenn es gilt, die Manie von einem acuten Verwirrungszustand eines Paranoikers zu unterscheiden, muss der Hauptwerth auf die veränderte Stimmung, die meist eine gleichbleibende, heitere Ausgelassenheit darstellt, gelegt werden. ***Werner*** macht folgende differenzial-diagnostische Gesichtspunkte geltend: „Ich lege hierbei ein grosses Gewicht auf die

Digitized by Google

Sinnestäuschungen, die bei Manie ausserordentlich selten sind und dann stets einen wüsten, untergeordneten Charakter annehmen und vornehmlich Illusionen sind. Dazu kommt dann die den Maniacus charakterisirende Ideenflucht, die dem Paranoicus vollkommen fremd ist, ebenso wie der heftige motorische Drang bei Manie bei weitem anhaltender und constanter ist, als bei der Paranoia, woselbst er stets auf Wahnideen und Sinnestäuschungen zurückzuführen ist, während der Maniacus, ich möchte sagen, automatenhaft tobt. Ferner ist die Stimmung des Manischen meist gleichbleibend heiter, während der Paranoische wechselt, je nach seinen verkehrten Vorstellungen bald in gehobener, bald in gedrückter Laune sich befindet. Bei den Formen, wo Sinnestäuschungen fehlen, achte ich besonders auf die Aeusserungen und Wortgebilde, die beim Maniacus beständig wechseln, bunt und zusammenhanglos durcheinander folgen, ja geradezu überstürzt werden, während der Paranoische bestimmte Ausdrücke immer wieder gebraucht, bis dann gewisse Wahnvorstellungen sich herausbilden, die dem ganzen Krankheitsbilde das Gepräge aufdrücken und den persecutorischen Charakter erkennen lassen."

Dass die Ideenflucht, der Bewegungsdrang und die heitere Stimmung die Grundsymptome der Manie sind, darin kann ich *Werner* durchaus zustimmen, dagegen möchte ich bestreiten, dass bei dem Paranoiker nicht auch Ideenflucht vorkommt. Sie unterscheidet sich aber, wie das auch *Werner* richtig andeutet, wesentlich von der des Maniacus. Bei dem Maniakalichen entsteht sie auf dem Boden der reinen Vorstellungsbeschleunigung und stellt deshalb ein buntes, wechselvolles, zusammenhangloses, sich selbst änderndes Durcheinander dar, während sie bei dem Paranoiker meist auf dem Boden einer primären oder secundären Incohärenz im Sinne von *Ziehen* zu Stande kommt und deshalb oft Wiederholungen und den Gebrauch derselben Ausdrücke aufweist. *Mendel* hebt weiter mit Recht noch hervor, dass bei einem Nachlassen in der Intensität der Erscheinungen bei der Manie der gesteigerte motorische Drang, die Ideenflucht und die Delirien annähernd im gleichen Schritt sich zurückbilden, während bei der Paranoia gewisse Reihen von Wahnvorstellungen, die Verfolgungs- und Grössenideen einschliessen, noch fortbestehen. Sehr scharf und bestimmt spricht sich auch *Schüle* bei Abhandlung des acuten Wahnsinns aus: „Man kann

Digitized by Google

mit einer gewissen Einschränkung sagen, dass sich im acuten Wahnsinn die melancholischen und manischen Verstimmungen (nicht minder auch der stuporöse Stimmungsmangel) wiederholen.

Aber das psychologische Verhältniss der Stimmungsveränderungen ist ein anderes als in der Melancholie und Manie. Hier ist die Verstimmung eine primäre, im acuten Wahnsinn aber eine secundäre Folgewirkung.“ In ähnlicher Weise wie ***Mendel, Schüle*** und ***Werner*** haben sich die meisten Autoren, allerdings nicht so scharf präcisirt ausgesprochen.

Wer eine grosse Anzahl von Maniakalischen gesehen hat, der wird in der Regel mit der Diagnose keine Schwierigkeiten haben, wohl aber der Anfänger und der praktische Arzt. Doch auch für diese werden die Schwierigkeiten verschwinden und sie werden nur selten fehlgehen, wenn sie bei einem an das Delirium erinnernden Zustand, der charakterisirt ist durch eine heitere, oft ausgelassene Grundstimmung, durch eine stets wechselnde Ideenflucht, durch ein stark gehobenes Selbstgefühl und einen starken Bewegungsdrang die Diagnose Manie stellen und bei anderen Fällen, wo die heitere Verstimmung fehlt, in der Ideenflucht oft bestimmte Wiederholungen vorkommen, zeitweise angstvolle Zustände auftreten, zunächst an Paranoia acuta denken.

Die Differenzial-Diagnose der Melancholie ist leichter.

Von fast allen Autoren wird übereinstimmend hervorgehoben, dass bei der Melancholie die traurige Verstimmung, die Angst das primäre ist und dass erst auf diesem Boden sich die den Wahnvorstellungen analogen Unwürdigkeitsideen entwickeln. Wie man in jedem Falle von Melancholie, den man frühzeitig in Behandlung bekommt, beobachten kann, besteht zuerst die Angst und die traurige Verstimmung, dazu gesellt sich bald die Vorstellung, dass irgend etwas Schweres, Fürchterliches sich ereignen müsse; steigert sich die Krankheit, so kommt nicht selten die Gewissheit, dass dies oder jenes Unglück passirt ist und es glaubt der Melancholiker in der Regel gerade das verloren zu haben, was ihm im Leben das erstrebenswertheste Gut erschienen ist. Hand in Hand damit bildet sich die Ueberzeugung, dass ein so schrecklicher Zustand nicht nur verdient erduldet wird, dass es nur die gerechte Strafe für viele Sünden und Vergehen ist. Entsprechend dem Charakter der traurigen Verstimmung hat der Melancholiker einen

Digitized by Google

verlangsamten Vorstellungsablauf, der sich immer nur um die vermeintliche Ursache seiner Angst und seiner Verstimmung dreht, er kann an gar nichts Anderes mehr denken. Wenn also der Melancholiker äussert, es werde gleich der Richter kommen, um ihm den Kopf abzuschlagen, oder wie ich das in katholischen Ländern, in Freiburg i. Brg., hörte, der Teufel werde kommen, um ihn zu holen, so ist das keine Verfolgungsidee, wie sie ein Paranoiker äussert, denn der Melancholiker wird es stets ganz gerechtfertigt finden, dass so mit ihm verfahren wird, weil er zu schlecht, zu sündhaft ist. Anders der Paranoiker, auch er kann verstimmt sein, kann grosse Angst haben, und zwar Wochen und Monate hindurch, aber immer ist dieser Zustand, wie sich leicht feststellen lässt, ein secundärer. Er hört und sieht sogar den Richter und den Teufel und ist deshalb in Unruhe und ist durchaus nicht damit einverstanden, dass so mit ihm verfahren wird, er sucht sich zur Wehr zu setzen und will nichts davon wissen, dass er eine solche Strafe verdient habe.

Dabei will ich nicht unerwähnt lassen, dass, wie bekannt, auch ein Melancholiker Sinnestäuschungen haben und Stimmen hören kann, aber wie eine genauere klinische Untersuchung lehrt, treten dieselben nur auf der Höhe der Krankheit auf und haben einen sehr vorübergehenden Charakter und entsprechen immer dem, was sich der Kranke als Schreckliches vorstellt und denkt, es handelt sich wohl meist, wie ich anderweitig entwickelt habe[1]), um Gedankenlautwerden. Aber dieses Gedankenlautwerden ist nicht das primäre, welches Angst und Unruhe bedingt, sondern Angst und Unruhe sind meist schon lange vorhanden, bevor die Stimmen auftreten. Gerade umgekehrt ist es bei dem Paranoiker.

Haben wir es somit bei der Paranoia mit einer primären Störung der Verstandesthätigkeit zu thun, bei der erst secundär die Stimmung des Gemüths in Mitleidenschaft gezogen wird, so handelt es sich bei den Stimmungsanomalien um eine primäre Erkrankung des Gemüthes, bei welcher erst secundär die Verstandesthätigkeit beeinflusst wird.

---

[1]) *A. Cramer*, Ueber eine bestimmte Gruppe von Sinnestäuschungen bei primären Stimmungsanomalien. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 47.

Digitized by Google

Zum Schlusse ist es meine Aufgabe, die gewonnenen Resultate kurz zusammenzufassen.

Wir haben gesehen:

1. Dass Verwirrtheit (Amentia), Wahnsinn und Verrücktheit klinisch und genetisch eine Reihe wichtiger Erscheinungen gemeinsam haben.

a) Die Grundsymptome, Sinnestäuschungen, Wahnideen und die Incohärenz sind genetisch nah miteinander verwandt.

b) Das prädominirende Symptom der Verwirrtheit, des Wahnsinns und der Verrücktheit ist die Erkrankung der Verstandesthätigkeit.

c) Bei der Verwirrtheit, bei dem Wahnsinn und der Verrücktheit spielen die Affecte nur eine secundäre Rolle.

d) Verwirrtheit (Amentia) kann symptomatisch sowohl beim Wahnsinn als bei der Verrücktheit vorkommen.

2. Dass die differenziell-diagnostischen Momente, welche geltend gemacht werden, um Verwirrtheit, Wahnsinn und Verrücktheit zu trennen, die erwähnte gemeinsame Grundlage der drei Krankheitsbilder nicht erschüttern können, wohl aber geeignet sind, diese drei Krankheitsbilder auf dem gemeinsamen Boden der Paranoia zu differenziren.

3. Dass die Gruppe der einfachen, nicht complicirten functionellen Psychosen neben den Stimmungsanomalien, den Erkrankungen des Gemüthes, als zweite grosse Hauptform die Paranoia, die Erkrankungen des Verstandes enthält.

4. Dass die Paranoia sich scharf von den Stimmungsanomalien und den complicirten Psychosen trennt.

5. Dass demnach die Definition der Paranoia lauten muss: Die Paranoia ist eine einfache functionelle Psychose. Sie ist charakterisirt durch eine Erkrankung der Verstandesthätigkeit, wobei die Affecte nur eine secundäre Rolle [illegible]

Digitized by Google

Verstandesthätigkeit bedeutet dabei diejenige Fähigkeit unseres Geistes, welche aus den centripetalen Berichten von der Aussenwelt Vorstellungen bildet, sie mit dem vorhandenen geistigen Capital associirt und in productive Thätigkeit umsetzt.

Schlusswort in der Discussion über Abgrenzung und Differenzial-Diagnose der Paranoia im psychiatrischen Verein zu Berlin am 16. Juni 1894.

M. H. Zunächst erlaube ich mir auch im Namen des Herrn Collegen *Bödeker* den Herren Vorrednern unseren besten Dank für die wohlwollende Aufnahme, welche sie unseren Referaten zu Theil werden liessen, aussprechen.

Dass wir von Anfang an überzeugt waren, mit unserer Arbeit nichts Vollkommenes liefern zu können, dürfen Sie überzeugt sein. Ebenso waren wir uns wohl bewusst, dass die Fassung unserer Anschauungen in mancher Beziehung zu scharf und zu bestimmt war. Wir waren jedoch überzeugt, dass in einem noch so dunkelen und unklaren Gebiete eine Discussion nur dann möglich sein würde, wenn gewisse allgemeine Gesichtspunkte möglichst bestimmt fixirt würden.

Will man bei einer Classification etwas erreichen, so ist es nöthig, dass man, wie bei Anfertigung eines Bildwerkes, sich eine feste Basis und ein Gerüst bildet und daran zunächst die Hauptformen im Rohen fixirt. Die vollendete Ausbildung der Classification erfordert dann ebenso wie die Vollendung des Bildwerkes noch eine sorgfältige Ueberarbeitung, um die Uebergänge zwischen den einzelnen Formen festzulegen und so das Ganze harmonisch zu gestalten. Bei der Abfassung meines Referates erschien es mir nun als meine erste Hauptaufgabe, diese Basis zu gewinnen und ich habe die Verbindung der einzelnen, dem Gerüste eingefügten Formen vorläufig noch ausser Acht gelassen, weil ich die Ueberzeugung hatte, dass diese Frage erst in Angriff genommen werden dürfe, wenn eine Einigung über die Basis, auf der gearbeitet werden soll, erzielt ist.

Ich gehe wohl nicht zu weit, wenn ich annehme, dass im Grossen und Ganzen die Herren Vorredner, soweit die Grundlage

Digitized by Google

in Betracht kommt, einverstanden waren. Eine Reihe von zu Tage getretenen Differenzen sind lediglich auf die etwas, ich möchte sagen, zu bestimmte Form, mit der ich meine Thesen aufgestellt habe, zurückzuführen. Ich bin mir wohl bewusst gewesen, als ich den Wortlaut derselben festlegte, dass er in der Form nicht bestehen bleiben konnte, aber ich sagte mir auch, wenn überhaupt eine Discussion stattfinden soll, so müssen ein paar Punkte scharf hingestellt werden. Dies war nur möglich, indem das, wenn ich so sagen darf, feststehende aus dem fliessenden herausgenommen wurde. Wie überall, wo wir die Erscheinungen der organischen Welt, und namentlich des menschlichen Körpers zu classificiren suchen, so stossen wir auch bei den verschiedenen Formen der Psychosen und namentlich bei der grösseren Gruppe der functionellen Psychosen auf alle Arten von Uebergänge und es wird wohl kaum je eine Classification geben, wo nicht in einem einzelnen Falle das alte Wort a potiori fiat nominatio zur Geltung käme. Trotzdem ist es aber dringend erwünscht, dass eine Classification zunächst möglichst einfach und scharf präcisirt aufgestellt wird und zwar nicht zum mindesten aus praktischen und didactischen Gründen. Denn der Anfänger und Schüler in der Psychiatrie wird die Mischformen viel leichter verstehen und erkennen, wenn er erst mit den Hauptformen, mit den sogenannten Typen bekannt ist.

Dasselbe gilt von bestimmten psychologischen Grundsätzen. Dass dieselben in letzter Instanz nur unbeweisbare Annahmen sind, dass es uns nie gelingen wird, in das Wesen unserer geistigen Thätigkeit vollständig einzudringen und dass eine ganz enorme individuelle Variabilität in der Bethätigung der einzelnen Componenten unserer geistigen Fähigkeit besteht, ist meine Ueberzeugung, ebenso halte ich es für verfehlt, bei der Erörterung der heute in Rede stehenden Fragen zu viel theoretische Erwägungen anzustellen. Wenn ich jetzt doch dies Gebiet kurz berühre, so geschieht es deshalb, weil Herr *Moeli* in sehr interessanten Ausführungen eine von meinen Anschauungen abweichende Meinung über das Verhältniss der Gemüthsbewegungen zur Verstandesthätigkeit vertreten hat.

Ich glaube, dass der grösste Theil in der Differenz unserer Anschauungen auf einem Missverständniss beruht. Unter Gemüth ver-

Digitized by Google

stehen wir im Allgemeinen diejenige Fähigkeit unseres Geistes, vermöge deren wir uns von angenehmen Eindrücken angezogen, von unangenehmen abgestossen fühlen. Dass bei diesen Eindrücken allerlei Empfindungen, welche schon unter normalen Verhältnissen in unserm Körper ausgelöst werden, eine grosse Rolle spielen, ist sicher, und die einfachste Form dieser Gemüthsbewegung ist beim Kinde zu finden, welches seiner Stimmung noch am drastischsten Ausdruck giebt. Wenn aber durch Empfindungen, welche unter normalen Verhältnissen nicht vorhanden sind, — es brauchen das nicht nur hypochondrische und tabische Parästhesien zu sein, die Stimmung verändert wird, so sind sie entschieden die Ursache, und nicht die Folge dieser Stimmungen. Gewiss besteht also auch eine Veränderung in der Gemüthslage, aber eine secundäre. Der Zustand, auf den *Moeli* hinweist, nähert sich sehr dem von Beachtungswahn und es hat offenbar auch *Neisser* in dieser Ausführung *Moeli*'s eine Analogie mit der krankhaften Eigenbeziehung gefunden.

Was weiter die Kranken betrifft, die erklären, es „sei anders", „so komisch" etc., und eine Beklemmung und eine Unruhe zeigen, so gebe ich zu, dass es in vielen Fällen schwer sein mag, zu entscheiden, ob die Aeusserung, es sei „so anders", „so komisch" darauf beruht, dass die Kranken für ihre primär veränderte Stimmung darin einen Ausdruck finden oder ob durch Vorgänge, wie ich sie bei Besprechung der krankhaften Eigenbeziehung geschildert habe, diese Aeusserungen veranlasst werden.

Ausserdem ist es eine bekannte Thatsache, die ich auch nie bestritten habe, dass im Prodromalstadium fast einer jeden Geisteskrankheit, allerdings aber nur für kurze Zeit, primäre Veränderungen der Gemüthslage eine Rolle spielen können. Im weiteren Verlaufe aber tritt bei der grössten Mehrzahl der Fälle entweder die primäre Veränderung in der Gemüthslage als heitere oder traurige Verstimmung oder die primäre Veränderung der Verstandesthätigkeit dauernd dominirend in den Vordergrund der Erscheinungen. Dass nun Mischformen vorkommen ist eine Thatsache, von der man sich häufig zu überzeugen Gelegenheit hat, und ich glaube, dass wir in Bezug auf die Charakterisirung und Nomenclatur uns am Besten dem Vorschlag von Herrn *Jolly* anschliessen. Es würde dann auch die Bildung neuer Worte vermieden.

Digitized by Google

Was nun, rein theoretisch betrachtet, das Verhältniss der Gemüthsbewegung zur Verstandesthätigkeit betrifft, so ist ja von vornherein klar, dass diese beiden Componenten unserer geistigen Thätigkeit immer gleichzeitig vorhanden sein müssen. Sie stehen aber beide zusammen in einem wechselseitigen Verhältniss. Bei dem einen Menschen tritt das Gemüthsleben, bei dem andern die Verstandesthätigkeit mehr in den Vordergrund. Nicht zu selten ist unser Thun und Lassen von sog. Stimmungen abhängig und nicht zu selten gelingt es dem Verstand solche Stimmungen zu überwinden.

Wie sehr die Stimmung unsere ganze Thätigkeit beherrschen kann, lehren aber die Fälle, wo sie krankhaft gehoben oder deprimirt ist. In jedem Falle leidet das Urtheil, es wird in Folge der krankhaft veränderten Stimmung secundär beeinflusst.

Umgekehrt wird die Stimmung auch stets durch die Verstandesthätigkeit beeinflusst. Schon im gewöhnlichen Leben ist die Stimmung eine gedrückte, wenn wir nicht Herr der Situation sind, wir fühlen uns unsicher, wie viel mehr muss dieses Gefühl auftreten, wenn krankhafte Empfindungen uns die Vorgänge in der Aussenwelt nicht mehr ganz verstehen lassen, und namentlich auch, wenn noch in irgend einem Grade eine Incohärenz im Sinne von *Ziehen* dazu kommt. Gewiss kann es nicht bestritten werden, dass kein Grund vorhanden ist, weshalb nicht auch bei dem Paranoiker primär die Stimmung verändert sein sollte, klinisch dürfte sich das aber schwer beweisen lassen, wie ich im Gegensatz zu *Ziehen* besonders betonen will. Die meisten Autoren haben sich denn auch, wie ich ausführlich geschildert habe, in dem Sinne ausgesprochen, dass die Affecte eine secundäre Rolle spielen. Am meisten könnte es noch scheinen, dass die traurige, ängstliche Verstimmung nicht selten primär bei dem Paranoiker auftritt. Ich glaube aber, dass hierbei die primäre Incohärenz eine Rolle spielt, indem die hieraus resultirende Rathlosigkeit zu der Angst, Unruhe und Verstimmung führt. Wahrscheinlich, dass Angst und Unruhe primär auftritt, halte ich es bei den Kranken, welche erklären, es werde ihnen Angst und Unruhe und ein Druck auf der Brust gemacht. Das sind aber seltene Fälle und das Symptom spielt in dem einzelnen Falle selbst keine dominirende Rolle und steht nicht dauernd im Vordergrund der Symptome.

Digitized by Google

Ich gehe nachdem wohl nicht zu weit, wenn ich den Satz aufstelle, dass bei Manie und Melancholie eine krankhafte Veränderung in der Gemüthslage dauernd im Vordergrund der Symptome steht, während bei der Verstandeserkrankung, z. B. bei der Paranoia, die Veränderung der Gemüthslage eine solche dominirende, primäre Rolle nie erlangt.

Zwischen den Stimmungsanomalien und der Verstandeserkrankung kommen die verschiedenartigsten Uebergänge vor.

Wenn ich noch einmal kurz meine Anschauung für diesen Punkt präcisiren darf, so ist sie folgende: Unter normalen Verhältnissen ist unsere jeweilige Stimmung und Gemüthslage abhängig von dem Urtheil, welches uns unsere Verstandesthätigkeit über unser Verhältniss zur Aussenwelt verschafft, wir sind guter Stimmung, wenn wir uns körperlich wohl fühlen und mit dem Verlauf unserer Geschäfte und Angelegenheiten zufrieden sind, wir sind verstimmt und deprimirt wenn uns etwas fehlt, wenn uns ein Unglück getroffen hat, oder uns etwas Unangenehmes bevorsteht. Dabei kommen leichte Schwankungen in der Gemüthslage vor, ohne dass wir einen rechten Grund zu finden wissen, bei dem einen Menschen mehr, bei dem anderen weniger vor. „Ich bin heute so vergnügt, ich weiss nicht warum", oder „heute passirt noch etwas", „es ist mir so bange", hört man oft, namentlich von etwas nervösen Personen äussern. Mancher spricht sich auch nicht aus, lässt aber seine Laune deutlich andere fühlen.

Es ist also für gewöhnlich unter normalen Verhältnissen die Stimmung ein secundärer Zustand und bedingt durch die äusseren Verhältnisse.

Tritt nun eine starke Veränderung der Gemüthslage dauernd ein, ohne dass ein äusserer Grund vorhanden ist, so handelt es sich um eine krankhaft bedingte Veränderung, und da das betreffende Individuum bisher gewohnt war, den Grund für seine Verstimmung in äusseren Veranlassungen zu finden, so sucht es auch jetzt noch einen Grund in einer solchen. Hierbei ist es aber zweifelsohne die krankhaft veränderte Gemüthsstimmung, der in keinem Verhältniss zu der Lage des Individuums stehende Affect, welcher primär auftritt und erst secundär die Verstandesthätigkeit zu falschen Schlüssen verleitet.

Digitized by Google

Dass hierbei alle möglichen Grade und Uebergänge vorkommen können und vorkommen, ist sicher. Es ist aber auch ebenso sicher, dass es Kranke giebt und zwar in grosser Zahl, bei welchen entweder die primär veränderte Gemüthslage, welche erst secundär die Verstandesthätigkeit beeinflusst oder bei welchen die primär krankhafte veränderte Verstandesthätigkeit, welche erst secundär die Gemüthslage beeinflusst, dauernd im Vordergrunde der Symptome steht.

Hiermit ist nach meiner Ueberzeugung ein scharfes differenzial-diagnostisches Moment gegeben, das, wie ich in dem Referate ausgeführt habe, an Bedeutung alle die Momente übertrifft, welche geltend gemacht werden, um die Amentia von der Paranoia zu trennen. Schliesslich möchte ich noch besonders betonen, dass ich von einer Localisation des Gemüthslebens und der Verstandesthätigkeit, wie das wohl auch aus meiner anderen Publication hervorgeht, nie gesprochen habe und dieselbe auch für ganz unmöglich halte.

Ich bin Herrn *Jolly* dankbar, dass er uns noch auf eine dritte grössere Gruppe von Fällen aufmerksam gemacht hat, welche sich klinisch dadurch auszeichnet, dass ein Darniederliegen aller geistigen Fähigkeiten das Krankheitsbild beherrscht, die Dementia acuta. Ich habe bei Abfassung meines Referates an diese Form wohl gedacht und habe auch die gesammte Literatur studirt. Unter dieser Literatur fand ich eine Reihe von Fällen, die sich zwanglos der Paranoia oder der Stimmungsanomalie einreihen liessen, selbst habe ich nur zweimal Gelegenheit gehabt, Kranke zu beobachten, bei denen die Diagnose Dementia acuta gestellt werden musste, ich habe deshalb aus Mangel an Erfahrung und in der sicheren Ueberzeugung, dass mir der Verlauf der Discussion Belehrung bringen würde, zunächst darauf verzichtet, diese Krankheitsform als dritte neben der Stimmungsanomalie und der Paranoia aufzustellen. Nachdem aber so erfahrene Autoren sich darüber ausgesprochen, halte ich es für dringend geboten, dass als 3. Gruppe die Dementia acuta und zwar mit dem von *Jolly* vorgeschlagenen Namen Anoia in die Classification der einfachen functionellen Seelenstörungen aufgenommen wird.

Herr *Jastrowitz* hat an dem Ausdruck functionelle Psychose Anstoss genommen und glaubt, dass z. B. bei der Paranoia chronica, die das ganze Leben hindurch besteht und mit Demenz

Digitized by Google

endigt, ein pathologisch-anatomischer Befund erhoben werden kann. Ich zweifle daran nicht, aber die sich findenden pathologisch-anatomischen Veränderungen sind nicht für die Paranoia an sich, sondern für die Demenz und die Altersveränderung, wie sie auch bei anderen Krankheiten und dem Alter überhaupt vorkommen, charakteristisch.

Dass bei den ganz acuten der in Rede stehenden Form mit dauernder hochgradiger deliranter Erregung pathologisch-anatomische Veränderungen sich nachweisen lassen, halte ich nicht für unwahrscheinlich, die bisherigen Angaben darüber sind aber mit grosser Vorsicht aufzunehmen und vor allen Dingen fehlen so schwere Veränderungen, dass sie klinisch deutlich zum Ausdruck kommen. Lähmungserscheinungen leichtesten Grades, wie sie bei der progressiven Paralyse bereits in den ersten Stadien, beobachtet werden, wo die Krankheitserscheinungen im Uebrigen oft mit den in Rede stehenden acuten Zustandsformen sich decken, lassen sich nicht nachweisen.

Ich halte es auch für ein grosses Verdienst jener Commission, welche seiner Zeit die Form der Zählkarten feststellte, dass sie die Geistesstörungen, bei welchen diese Erscheinungen und Complicationen anderer Art fehlen, als „einfache Seelenstörung“ gesondert hinstellte. Mit Rücksicht darauf habe ich auch, um nicht missverstanden zu werden, bei der Aufstellung der Thesen den Ausdruck einfache, nicht complicirte functionelle Psychosen gebraucht, denn ich bin der Ueberzeugung, dass sich diese Gruppe immer scharf abheben wird, selbst wenn es auch der fortschreitenden Wissenschaft gelingen wird, ihre pathologisch-anatomische oder chemische Natur genauer zu ergründen.

Der schwierigste Punkt in der ganzen Frage, der auch von sämmtlichen Herren Vorrednern einer ausgedehnten Würdigung unterzogen worden ist, ist die Frage, wie es mit der Verwirrtheit, Amentia, Delirium hallucinatorium *(Mendel)* gehalten werden soll.

Wie Herr *Jolly* ausgeführt hat, giebt es unter den acuten der in Rede stehenden Erscheinungen eine delirante und systematisirende Form. Zwischen beiden kommen Mischformen vor und es kann auch bei einem Individuum wechselnd bald das eine, bald das andere Symptom vorherrschen.

Dieses gilt sowohl für die acute alkoholistische Form, als auch

Digitized by Google

für acute sogenannte Verwirrungszustände. Dass das Krankheitsbild der Amentia, der Verwirrtheit, des Delirium hallucinatorium klinisch sich gut z. B. von einer Paranoia chronica trennen lässt, habe ich wiederholt betont, ich habe aber auch klinisch und theoretisch den Nachweis geliefert, dass diese klinischen differenzial-diagnostischen Momente nicht ausreichen, um die Krankheitsbilder so scharf von der Paranoia zu trennen, dass sie eine gesonderte Gruppe bilden. Es bestehen eben viel zu nahe und enge Beziehungen, die z. Th. auch von den Herren Vorrednern, so namentlich auch von Herrn *Jolly* erwähnt worden sind. Eine generelle Trennung ist auch dann kaum möglich, wenn man darauf verzichtet, die functionellen einfachen, nicht complicirten Psychosen in einzelne grössere Gruppen zu zerlegen. Es treten alsdann die Formen, welche sich dem *Kraepelin*'schen Wahnsinn nähern, sehr störend dazwischen und man sieht sich gezwungen, eine fast unendliche Reihe von Krankheitsbildern aufzustellen. So wenig ich bezweifle, dass diese Krankheitsbilder klinisch ihre Berechtigung haben, so sehr bin ich überzeugt, dass eine so weitgehende Differenzirung ohne vorhergehende Zusammenfassung in grösseren Gruppen praktisch die grössten Schwierigkeiten bringen und dem Schüler und praktischen Arzte unsere psychiatrischen Lehrbücher immer unverständlicher machen wird. Zu was für Consequenzen in letzter Instanz diese minutiöse Differenzirung führte, das zeigen am besten die 28 Namen, welche bereits für die acuten der in Rede stehenden Fälle vorhanden und inzwischen wieder durch einige vermehrt worden sind. Auch halte ich danach die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, dass gelegentlich in foro jeder der Sachverständigen dem Kinde seinen eigenen Namen giebt, was zur Förderung des Ansehens unserer Wissenschaft sicher nicht dienen wird. Ich gebe zu, dass es berechtigt ist, wenn Jemand sagt, „ein Delirium tremens ist doch keine Paranoia", derartige anscheinende Paradoxen sind aber bei jeder Classification unvermeidlich. Am besten ist aber, wenn man vermeidet, wenigstens durch die Namengebung, solche scheinbare Paradoxen zu scharf hervortreten zu lassen.

Ich halte es deshalb für am besten, wenn man sagt, die einfachen functionellen Psychosen zerfallen in drei grosse Gruppen: die erste Gruppe, die Gruppe der Stimmungsanomalie ist charakterisirt dadurch, dass eine Verände-

Digitized by Google

rung der Gemüthslage dauernd in den Vordergrund der Symptome tritt. Die zweite Gruppe, die Paranoia-Gruppe[1]) (und nicht Paranoia, wie ich in meinem Referate sagte), ist charakterisirt durch das Hervortreten einer Verstandesstörung. Verstandesirresein, wie Herr *Jolly* sich ausdrückt. Die dritte Gruppe, welche als Anoia bezeichnet werden muss, ist charakterisirt durch das Erlöschen jeder erkennbaren Thätigkeit des Verstandes und des Gemüthes.

Zwischen den einzelnen Gruppen und namentlich zwischen den beiden ersten kommen Uebergangsformen vor.

Die zweite Gruppe hängt durch die acuten Formen, mit den Fieber- und Intoxicationsdelirien, zusammen.

---

[1]) Während der Correctur dieses Aufsatzes finde ich in Heft 6 des 50. Bandes dieser Zeitschrift auf Seite 119* ein Referat über eine Arbeit von *Del Greco*, „Die hallucinatorische Verwirrtheit in Beziehung zu den verschiedenen Formen von Paranoia". Manicomio. Jahrg. VIII, No. 2, in welcher ebenfalls dafür eingetreten wird, dass die acute hallucinatorische Verwirrtheit und die unheilbare chronische Paranoia Unterarten derselben Krankheit, der Paranoia, sind.

Digitized by Google

Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Epilepsia nocturna.

Von

Dr. **Friedrich Lehmann,**
Assistenzarzt der Kreisirrenanstalt Werneck.

Den vorliegenden Fall von Epilepsia nocturna erlaube ich mir zu publiciren, weil derselbe meines Erachtens mehrere interessante und ungewöhnliche Momente darbietet und weil ich einen ähnlichen in der Literatur beschriebenen nicht vorgefunden habe. Ich gestehe allerdings, dass ich mich der grossen Mühe, die äusserst disparat liegende und umfangreiche Literatur über Epilepsie genau durchzuarbeiten, nicht unterzogen habe; ich habe jedoch mehrere der älteren und neueren Werke über dieses Thema, sowie mehrere neurologische und psychiatrische Lehrbücher, sowie die gesammte neurologische Literatur der letzten 5 Jahre im Referat durchgelesen, ohne einen derartigen Fall erwähnt zu finden. Ich glaube deshalb zu seiner Veröffentlichung berechtigt zu sein.

Die Krankheitsgeschichte der Patientin ist folgende:

M. B., geboren den 10. April 1876, stammt von einem dem Trunke ergebenen Vater. Sonstige hereditäre Belastung, sowie nähere Angaben über das Verhalten der Patientin in den ersten Lebensjahren sind nicht in Erfahrung zu bringen; sie soll als Kind körperlich schwächlich gewesen sein. Als Zeit des ersten Auftretens der epileptischen Anfälle giebt sie selbst das 3. Lebensjahr an. Aus der in mehreren Gutachten über sie angegebenen Anamnese erhellt nur, dass sie schon längere Zeit an nächtlichen Convulsionen gelitten habe, über deren Form nichts Näheres berichtet wird. Ausserdem ist angegeben, dass sie auch im späteren Kindesalter noch das Bett benässt hat; es scheinen also die ein epileptisches Leiden anzeigenden epileptoiden Zustände in der Kindheit bei ihr nicht gefehlt zu haben. Ihre

Digitized by Google

häusliche und Schulerziehung ist eine sehr mangelhafte gewesen. Schon zur Schulzeit ist sie wiederholt wegen Herumstreunens, Stehlens und unsittlichen Lebenswandels bestraft worden. Mit 15 Jahren war sie schon von Gerichtswegen wegen Stehlens bestraft und wurde schliesslich in das Rettungshaus Ottmannsdorf verbracht. Hier sind wiederholt Erregungszustände und Krampfanfälle bei ihr beobachtet worden. Sie wurde dahin begutachtet, dass ihre Anfälle als „hysterische Krampfform" aufzufassen seien. In einem weiteren Gutachten des Landgerichtsarztes *F.* wurde sie für vollständig geistig normal erklärt. Bei einer späteren Exploration von Seiten eines Bezirksarztes wurde theilweise Simulation constatirt, doch wurde sie als ein moralisch minderwerthiges Individuum erklärt, dessen Grad der Verantwortlichkeit für ihre Thaten nur nach längerer Beobachtung zu beurtheilen sei; sie wurde deshalb am 7. März 1892 in die Kreisirrenanstalt Werneck aufgenommen.

Ihr Verhalten in der Irrenanstalt war ein solches, dass man es im Hinblick auf ihre ethischen Abnormitäten mit keinem treffenderen Ausdruck als mit moralischer Idiotie bezeichnen kann. Ein unbegrenzter Egoismus und eine absolute Unfähigkeit durch ethische Motive ihre Handlungen bestimmen zu können, tritt stets in ihrem Wesen hervor. Zu regelmässiger Thätigkeit ist sie nur vorübergehend zu bewegen, sitzt meist unthätig auf der Abtheilung und nimmt nur selten einen kleinen Anlauf zur Beschäftigung, in der Erwartung, dadurch kleine Vergünstigungen oder Belohnungen zu erhalten. Gegen das Pflegepersonal ist sie grob und renitent, mitunter auch gewaltthätig. Sie ist leicht reizbar und dann zu jeder Bosheit fähig. Verunreinigt absichtlich die Zimmer, zerreisst ein ihr gegebenes Nähzeug u. dergl. nur um den Pflegerinnen mehr Arbeit zu machen, wie sie selbst erklärt. Auch dem Arzt gegenüber zeigt sie oft ein trotziges Wesen; verläumdet das Pflegepersonal: sie werde geschlagen, bekäme nichts zu essen u. s. w., Dinge, welche sich bei genauer Prüfung als Lüge erweisen. Sie stiehlt, wo sie kann, mitunter ganz werthlose Dinge, z. B. fand man neulich bei ihr 5 gestohlene Fingerhüte; während der Mahlzeiten musste sie oft isolirt werden, weil sie ständig bestrebt war, anderen Patienten das Essen wegzunehmen. In ihrer Kleidung und Haltung ist sie meist schmutzig und unordentlich. Oft zeigt sie, im Gegensatz zu obigem Verhalten, ein äusserst kindlich devotes Wesen: sie kommt zum Arzt und sagt: Herr Doctor, ich will recht brav und fleissig sein, damit ich bald nach Hause komme. Oder sie bittet sich eine kleine Vergünstigung aus und verspricht spontan „recht brav und fleissig" zu sein. Niemals, oder nur vorübergehend hatten diese Vorsätze Erfolg. In religiöser Beziehung zeigte sie auch das den Epileptikern oft eigene Wesen: oft übertriebene Frömmigkeit; liest stundenlang in Gebetbüchern, betrachtet es als grösste Belohnung mit zur Kirche oder zur Beichte gehen zu dürfen. Ihr Inneres war jedoch auch für derartige Einwirkung zur Hebung ihrer Moral völlig refractär; es sind Worte, die sie liest, moralische Begriffe, die ihr als

Digitized by Google

Directive ihres Handelns hätten dienen können, sind wohl nur in rudimentärster Form bei ihr gebildet worden.

In intellectueller Beziehung steht sie wohl auch wesentlich unter dem Mittel, doch dürfte hierin in erster Linie ihre mangelhafte Erziehung Schuld sein. Jedenfalls dürfte ihr leidliches Gedächtniss, ihre oft bewiesene Schlauheit, die Constatirung gewisser Fähigkeiten, z. B. rechnet sie nicht schlecht, kann, wenn sie will, recht geschickt Handarbeiten machen — beweisen, dass in dieser Hinsicht ab origine kein erheblicher Defect vorhanden ist. Eine genauere Analyse ihres Geisteszustandes bietet noch manches Interessante, ich muss dies hier übergehen; ich beabsichtigte nur durch Schilderung ihres hiesigen Verhaltens einen kurzen psychischen Status zu geben und zu zeigen, dass wir es bei ihr entschieden mit einem schwachsinnigen Individuum zu thun haben, dessen Schwachsinn sich, wie bei vielen Epileptischen, in erster Linie auf ethischem Gebiete zeigt.

Sie ist eine etwas unter mittelgrosse, sehr gut genährte Person, mit abnorm reichlichem Fettpolster, welches sich im Laufe der letzten 2 Jahre entwickelt hat und seinen Grund zum Theil wohl in der Unthätigkeit der Patientin hat, andrerseits aber in diesem Alter als pathologische Erscheinung aufgefasst werden muss (Myxödem?). Trotz der starken Corpulenz ein ihrem Alter entsprechend zu jugendliches Aussehen. Leicht gedrungener Körperbau, schlaffe, energielose Haltung und Bewegungen. Matter Blick. Meist langsame, ausdrucklose Sprache. Zeitweise mässige Salivation. Im Gesicht fast beständig Kratzeffecte und Hautabschürfungen auf der linken Seite. Keine Struma.

Trotz ziemlich entwickelter Musculatur sehr geringe grobe Kraft. Händedruck ganz schwach. Facialis in Ordnung; die linke Gesichtshälfte ist besonders beim Lachen u. dergl. stärker innervirt als die rechte. Sonst keine Motilitätsstörungen. Empfindlichkeit bei Berührungen und Nadelstichen ist erhalten. Die Schmerzempfindlichkeit ist herabgesetzt, ziemlich tiefe Nadelstiche werden empfunden, doch nicht als Schmerz. Reflexe an den oberen Extremitäten erhalten und von gewöhnlicher Stärke, Patellarsehnenreflex beiderseits gesteigert. Augenbewegungen prompt, ebenso die Lidbewegungen. Pupillen von mittlerer Weite, gleichweit, reagiren prompt auf Lichteinfall und Accomodation. Die Perimeterprüfung ergiebt beiderseits für Weiss concentrisch eingeengtes Gesichtsfeld (im medialen Meridian 75—55, *Förster*). Der Augenhintergrund ohne pathologische Veränderung. Die Patientin ist leicht in Hypnose zu versetzen.

Die epileptischen Anfälle, an denen die Patientin leidet, treten nur im Schlafe auf. Es ist mir nicht bekannt, dass dieselben auch nur eine Nacht cessirt hätten. Von den letzten $1^1/_2$ Jahren besitze ich genaue Aufzeichnungen hierüber. Mitunter sind die Anfälle auch am Tage beobachtet worden, doch nur dann, wenn die Patientin eingeschlafen war. Letzteres kommt ziemlich häufig und wohl täglich vor, während Anfälle während des Schlafs am Tage immerhin nur selten auftreten. Die Form der Anfälle ist

Digitized by Google

bei Tag und Nacht die gleiche: die schlafende Patientin öffnet die Augen, sieht starr mit vortretendem Bulbus vor sich hin, fällt zu Boden, streckt einen Arm oder ein Bein oder beide starr aus. Gleich darauf erwacht sie; dies alles geschieht innerhalb ca. 5—10 Secunden. Die rasch vorgenommene Prüfung konnte einmal constatiren, dass die Pupillen erweitert waren und auf grellen Lichteinfall nicht reagirten. Nach dem Anfall erhebt sich die Patientin, blickt einige Secunden etwas benommen um sich, ist jedoch nach wenigen Minuten meist wieder klar und weiss, dass ein Anfall dagewesen ist. Eine längere, mehrere Stunden dauernde Benommenheit habe ich einige Male beobachtet. Das convulsive Element ihres Anfalls besteht demnach nur in der tonischen Phase des vollendeten epileptischen Anfalls. Ihre Anfälle erinnerten mich unwillkürlich an das von *Charcot* gegebene Bild der Attitudes passionelles des hysterischen Anfalls (*Charcot*, Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems. Deutsch von *Fetzer*, S. 350). Die Vermuthung, dass es sich um hysterische Anfälle handele, wurde durch weitere Beobachtung völlig widerlegt.

Es ist mir Nachts nicht oft geglückt, die Anfälle genau zu beobachten. Auf häufig wiederholte Nachfrage bei den wachhabenden Pflegerinnen (die Kranke schläft im Wachzimmer) sind mir die nächtlichen Anfälle immer in der gleichen Weise beschrieben worden und zwar gerade so, wie ich sie mehrmals am Tage zu beobachten Gelegenheit hatte. Da die Kranke während des Anfalls fast immer zum Bette herausfiel und oft auch über ein davor befestigtes Steckbrett, schläft sie auf eigenen Wunsch auf dem Erdboden; trotzdem verletzt sie sich beim Anfall fast immer und zwar besonders auf der linken Körperseite. Die Knie- und Fussgelenkgegend zeigen fast immer ziemlich beträchtliche schmerzhafte Verletzungen und Anschwellungen. Im Gesicht sind es Hautabschürfungen, Contusionen, Kratzwunden der linken Gesichtshälfte, die fast regelmässig vorhanden sind. Zungenbisse konnte ich nicht constatiren, wohl aber häufiges Bettnässen. Während des Schlafes hat sie häufige Zuckungen der Extremitäten und zwar beiderseits. Ob bei den tonischen Krämpfen des Anfalls eine Seite bevorzugt ist, konnte ich nicht entscheiden. Wiederholt habe ich die Kranke Nachts mit einem Strickzeug in der Hand wachend angetroffen, weil sie sagte, sie fürchte sich vor den Anfällen und wolle deshalb lieber nicht schlafen. Sie selbst erzählt über ihre Anfälle Folgendes: Sie träume plötzlich, ein Mann liege neben ihr und verlange von ihr, sie solle zurücken, da er da liegen wolle; kurz darauf erwache sie und merke, dass sie einen Anfall gehabt habe. Dieser Traum differire nur insofern, als ihr mitunter mehrere Männer erschienen, „die aber immer dem ersten beistünden“. Dieser Traum scheint ganz constant zu sein. Die Kranke hat dies wiederholt den Pflegerinnen geklagt und diese haben ihr, wahrscheinlich in dem Glauben an dämonische Einflüsse, gerathen, sie solle, wenn der Mann erscheint, ein bestimmtes Gebet sprechen. Die Kranke erzählt nun, dass sie dies auch thue, oft könne sie aber das Gebet nicht vollenden.

Digitized by Google

Einen Erfolg dieses Gebetes konnte sie allerdings nicht constatiren, doch bedient sie sich immer dieses Mittels, weil sie weiss, dass unmittelbar darnach ein Anfall auftritt. Das constante Auftreten dieses Traumes veranlasst mich, ihn in Parallele zu stellen mit der Aura des gewöhnlichen epileptischen Anfalls und ich glaube, dass es sich um Hallucinationen handelt, die der Kranken als Traum imponiren. Es ist mir nicht bekannt, ob ähnliche Erscheinungen bei Epilepsia nocturna schon beschrieben wurden.

Ausser den oben beschriebenen Anfällen hat nun die Patientin in der letzten Zeit einige wenige, der Beschreibung nach vollendete epileptische Anfälle, doch auch nur Nachts gehabt. Eine zweite Varietät ihrer Anfälle, die mir einige Male gemeldet wurden, bestanden darin, dass die Patientin plötzlich im Schlaf aufsteht, ein Stück vorwärts läuft, hinstürzt und dann das gleiche tonische Stadium des epileptischen Anfalls zeigt, wie oben beschrieben, also eine Epilepsia nocturna procursiva.

Die Frequenz der Anfälle ist eine sehr beträchtliche. Mitunter hat sie 20 Anfälle in einer Nacht gehabt und oft sagte die wachhabende Pflegerin, dass es ihr nicht möglich gewesen sei, alle Anfälle zu notiren, dass sie jedoch immer das gleiche Bild dargeboten hätten. Nach meinen Aufzeichnungen beträgt der Durchschnitt 8—9 in einer Nacht. Im Januar 1894 hatte sie 239, im Februar 238, im März 230 Anfälle. Diese Zahlen sind jedenfalls (bei dieser Constanz) ganz ausserordentlich hohe. Eine Veränderung der Frequenz der Paroxysmen habe ich im Laufe der letzten 2 Jahre nicht constatiren können. Ein Einfluss der Menses ist nicht nachzuweisen.

Ein Wort möchte ich über die bisherige Behandlung sagen. Das renitente Wesen der Kranken machte eine fortgesetzte medicamentöse Behandlung oft unmöglich. Jedoch habe ich wiederholt den Versuch mit mittleren Bromdosen (2—4,0 pro die) gemacht, ohne irgend eine Beeinflussung zu sehen. Im Gegentheil fiel mir in der letzten Zeit auf, während die Patientin am Abend 2,5 Bromsalze bekam, dass sie Tags über noch schläfriger wurde und in Folge dessen Tags über mehr Anfälle bekam. Nach Aufhören dieser Medication schien diese Erscheinung zu schwinden.

Bezüglich der Diagnose des eben geschilderten Krankheitsbildes kann man wohl nicht mehr im Zweifel sein: es handelt sich um eine Epilepsia nocturna, ausgezeichnet neben einer ungewöhnlichen Frequenz der Anfälle dadurch, dass sie fast regelmässig nur das tonische Stadium des epileptischen Anfalls darbietet und ab und zu mit dem bei Epileptischen sonst beobachteten Laufphänomen verbunden ist.

Correct ist der gebräuchliche Ausdruck Epilepsia nocturna allerdings nicht, denn die Anfälle treten auch, wenn auch wesentlich seltener am Tage während des Schlafes auf.

Digitized by Google

Das Wesentliche der Epilepsia nocturna genannten Epilepsieform besteht jedoch wohl nicht darin, dass sie während der Nachtstunden, sondern dass sie während des Schlafes auftritt.

In differential-diagnostischer Beziehung wäre vielleicht noch an Hysterie zu denken. Abgesehen davon, dass mir ein ausschliessliches Vorkommen hysterischer Anfälle während des Schlafes nicht bekannt ist, bestätigten mich folgende schon angeführte Beobachtungen in der Diagnose: die fast regelmässig vorkommenden und nicht unbedeutenden Verletzungen, sodann die constatirte Starrheit der Pupillen auf Lichteinfall, das mehrere Male beobachtete Laufphänomen und vielleicht auch der als hallucinatorische Aura aufzufassende constante Traum. Ich habe die Patientin wiederholt hypnotisirt und ihr im hypnotischen, ziemlich tiefen Schlafe ihren bekannten Traum nach und nach suggerirt und ihr dann einen Anfall suggerirt. Dies habe ich wiederholt versucht; einige Male hat die Patientin dann leichte Zuckungen in Arm und Bein — die sie auch sonst während des natürlichen Schlafes oft hatte — gezeigt, doch nie einen dem Anfall ähnlichen Zustand. Ich glaube, dass auch die Thatsache der Unmöglichkeit ihr einen Anfall zu suggeriren für ein epileptisches Leiden spricht. Endlich scheint mir das völlige Fehlen des Bewusstseins während des Anfalles selbst die Diagnose auf Epilepsie zu bestätigen. Für die Annahme, dass es sich um Epilepsie als Folge organischer Hirnerkrankung oder Intoxication handelt, konnte ich keine Anhaltspunkte finden.

Ueber die Epilepsia nocturna habe ich verhältnissmässig recht wenige Mittheilungen in der Literatur gefunden. Die meisten Autoren begnügen sich mit dem Hinweis, dass die Anfälle auch Nachts auftreten können und sind nur bestrebt, Anhaltspunkte für die Möglichkeit der Diagnose der nächtlichen Epilepsie anzugeben. Die Angaben, die ich mehrfach gefunden habe, dass die Epilepsia nocturna bei Frauen häufiger zu sein scheine, als bei Männern, würde mit unserem Fall nicht in Widerspruch stehen. Sodann soll sie weniger schnell Intelligenzstörungen zur Folge haben, als die Diurna; auch dieser Punkt trifft bei unserm Fall zu; doch möchte ich hierauf noch zurückkommen.

Das zweite Moment, auf welches ich hinweisen möchte, ist die Form der Paroxysmen.

Das Besondere derselben besteht darin, dass sie nur aus dem

Digitized by Google

tonischen Stadium des vollendeten epileptischen Anfalls bestehen. Die Dauer dieses den epileptischen Anfall einleitenden tonischen Stadiums wird von allen Autoren auf einige Secunden angegeben, dies entspricht in unserem Falle dem ganzen Anfall. Hervorzuheben ist jedoch, dass unsere Anfälle keineswegs Aehnlichkeit mit dem petit mal haben, sondern sich nur durch das völlige Fehlen der klonischen Phase, keineswegs durch minder vollkommenen Bewusstseinsverlust und elementarer Heftigkeit des Auftretens vom grossen epileptischen Anfall unterscheiden. In mehreren Darstellungen der Epilepsie z. B. bei *Strümpell, Magnan,* findet sich ein derartiges Vorkommen gar nicht erwähnt, bei Anderen ist es nicht deutlich ausgesprochen. *Nothnagel* (Handbuch der Krankheiten des Nervensystems II) sagt Seite 220: „In seltenen Fällen kommt es vor, dass das convulsive Element allein durch eine tonische Starre gebildet wird, wobei die starr gestreckten Extremitäten höchstens noch in leicht schüttelnde Bewegungen gerathen." Dies ist wohl so zu verstehen, dass tonische Krämpfe während des ganzen, an Zeitdauer vom gewöhnlichen nicht verschiedenen Anfalls vorherrschend sind; während in unserem Falle der ganze Anfall nur die kurze tonische Phase des vollendeten darstellt. Seite 228 sagt er: „es giebt Fälle, welche sich ihrem äusseren Bilde nach den grossen Insulten schon ganz anschliessen, indem leichte tonische und klonische Convulsionen den ganzen Körper ergreifen, in denen aber die sehr geringe Stärke derselben und die ganz kurze Zeitdauer dem Laien die Analogie mit den ausgeprägten Anfällen mehr andeutet als beweist". Es erhellt hieraus nicht zur Genüge, ob dem Verfasser eine ähnliche Form, wie die unsrige vorgeschwebt hat. Auch in einer älteren Darstellung von *Hofmann* (Beobachtungen über Seelenstörung und Epilepsie. 1859) findet sich Seite 139 die Notiz: „eine andere Art leichter Anfälle sind diejenigen, wo die Kranken in den Zuckungen zwar niederfallen, aber sogleich wieder aufspringen und die nur einen leichten Grad von Schwerbesinnlichkeit hinterlassen". Der wesentliche Unterschied unseres Falles von den eben citirten, die wohl unter die Rubrik des petit mal zu rechnen sind, besteht in der Stärke des tonischen Krampfes und in dem absoluten Fehlen der Besinnung während des Insults. Auch *Féré* (Les épilepsies et les épileptiques, p. 13) erwähnt bei Schilderung der épil. partielle keinen ähnlichen Fall.

Digitized by Google

Drittens schien mir das constante Auftreten der Anfälle in jeder Nacht, sowie ihre hohe Frequenz nichts Gewöhnliches zu sein. Die mir bekannten Fälle von Epilepsia nocturna zeigten immer eine nur mässige Frequenz und in den schweren Fällen traten ausserdem stets Anfälle im wachen Zustande auf. Dieses Fehlen der Paroxysmen im wachen Zustande muss unbedingt auffallen und bei der Schwere des epileptischen Leidens an sich zu der Ansicht führen, dass die Bedingungen für das Zustandekommen der nächtlichen Epilepsie entschieden andere sind, als die für den gewöhnlichen täglichen Anfall. Worin dieser Unterschied besteht, wage ich nicht zu sagen. Nimmt man als Ursache der genuinen Epilepsie eine erhöhte Reizbarkeit der psychomotorischen Centren an, so sollte man erwarten, dass der Schlaf, in welchem die allgemeine Reflexerregbarkeit herabgesetzt ist, weniger günstig für die Manifestationen der Epilepsie sei, als der wache Zustand. Die Erfahrung widerspricht dem. Bekanntlich treten alle jene sogenannten epileptoiden Zustände (wie Enuresis nocturna, Pavor nocturnus, ängstliche Träume, Somnambulismus etc.) im Schlaf auf, und ein mehrfaches Vorkommen dieser Zustände bei einem Individuum berechtigt schon zu der Annahme eines epileptischen Leidens. Macht dies keine weiteren Fortschritte, vielleicht weil die pathologische Grundlage zu gering ist, oder weil eine günstige Gelegenheitsursache (z. B. ein Fall, Schreck, Alcoholismus etc.) zum Ausbruch fehlt, so haben wir es mit einer auf niederster Stufe der Entwickelung stehen gebliebenen Epilepsie zu thun. Bekanntlich treten jedoch bei den meisten dieser Kranken bald nächtliche Convulsionen und schliesslich typische Anfälle am Tage ein. Wenn auch diese Reihenfolge nicht constant ist, so wird sie doch häufig beobachtet. Zweifellos folgt aber hieraus, dass der Schlaf, während dem die nicht voll entwickelten Formen der Epilepsie auftreten, günstigere Bedingungen für das Zustandekommen des epileptischen Anfalls darbietet, als der wache Zustand. Die bisher aufgestellten Theorien[1]) über den epileptischen Anfall konnten mir eine Erklärung dieser Thatsache nicht geben, ich verzichte deshalb sie hier anzuführen. Wir müssen also nach dem obigen die Epilepsia nocturna entweder als eine noch in der Entwickelung begriffene oder

[1]) Eine Zusammenstellung derselben siehe *Féré*, l. c. p. 454 ff.

Digitized by Google

wenn sie stationär bleibt als eine in der Entwickelung stehen gebliebene mildere Form der Epilepsie definiren. In unserem Falle könnte nun das in letzter Zeit vereinzelt beobachtete Auftreten vollendeter epileptischer Anfälle (allerdings auch erst Nachts) andeuten, dass das Leiden einen weiteren Fortschritt macht, dass es also noch in der Entwickelung begriffen ist. Andrerseits jedoch spricht die elementare Erscheinungsweise und die hohe Frequenz der Convulsionen keineswegs für eine unvollendete Entwickelung oder für eine mildere Form.

Gerade dieses Widerspruchs wegen schien mir unser Fall der Erwähnung werth.

Der vierte Punkt, auf den ich die Aufmerksamkeit zu lenken mir erlauben möchte, ist die schon erwähnte Aura, welche vom Patienten als Traum aufgefasst wird, jedoch zweifellos eine Hallucination darstellt. Interessant ist das Verhalten der Patientin dieser Aura gegenüber, insofern als ihr während des Schlafes die bekannte Hallucination associativ ihren Gebetsspruch in Erinnerung bringt. Es ist mir das Vorkommen einer Aura bei Epilepsia nocturna nicht bekannt, und aus nahe liegenden Gründen wird sie selten constatirt werden, doch hat die Annahme ihres Vorkommens nichts Widernatürliches.

Fünftens ist mir auffallend gewesen, dass wir trotz der abnormen Häufigkeit der Paroxysmen und trotz der recht langen Dauer des Leidens noch keinen bemerkenswerthen Intelligenzverlust constatiren können. Zum Theil habe ich mir dies dadurch erklärt, dass die Stufe ihrer intellectuellen Entwickelung überhaupt eine ziemlich niedere und in Folge dessen weniger leicht vulnerabel ist, als eine höhere. Ausserdem möchte ich auf das sub 3 Gesagte hinweisen. Die Annahme, dass wir es mit einer in der Entwickelung begriffenen, oder einer milderen Form der Epilepsie zu thun haben, würde auch einen minder deletären Einfluss auf den Intellect erklären.

Digitized by Google

Ueber Autointoxications-Psychosen.

Von

Privatdocent Dr. **D. E. Jacobson,**
Assistenzarzt an der Irren- und Nervenklinik des Communehospitals zu Kopenhagen.

Der Begriff Autointoxication fängt an modern zu werden. In der Pathologie erscheint er nicht selten, und allem Anscheine nach wird er bald ein bedeutendes Ansehen erreichen.

Jetzt versteckt sich noch unter diesem etwas pompösen Deckmantel manche unklare Erkenntniss und manche unsichere Diagnose, aber wohl auch vieles, das selbst eine streng wissenschaftliche Probe bestehen würde. Jedenfalls hat die ganze neue Lehre der Autointoxication den bis jetzt unbekannten Ursprung und die Entwicklung vieler Krankheitsformen anschaulich gemacht.

Bouchard ist wohl derjenige, der das grösste Verdienst hierbei hat, indem er unsere Augen dafür geöffnet hat, dass unser eigener Körper „un réceptacle et un laboratoire de poisons" ist, und dass sich selbst unter normalen Verhältnissen in unserm Körper, besonders im Verdauungskanal, giftige Stoffwechselprodukte bilden, deren Dasein eine grosse Gefahr für die Vergiftung des ganzen Organismus bringen können. Im Allgemeinen findet wohl keine solche Vergiftung statt und weshalb nicht? Weil, wenn der Stoffwechsel auf normale Weise vorgeht, diese Giftstoffe nach und nach, je nachdem sie fabricirt werden, durch die verschiedenen physiologischen Secrete und Excretionen aus dem Organismus wieder entfernt werden. Sobald aber Hindernisse für diese Entfernung eintreffen, entweder krankhafte Veränderungen in den dazu benutzten Organen, z. B. in den Nieren, der Leber, den Lungen oder den Gedärmen, oder auch wenn die Giftstoffe in grösserer Menge

Digitized by Google

producirt werden, als der Organismus auf normale Weise wieder entfernen kann, dann häufen sich die Giftstoffe im Körper auf, und rufen zuletzt eine Vergiftung des Körpers hervor, wie *Bouchard* sagt: eine Autointoxication. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Vergiftung bald acut bald chronisch sein wird. Sterkorämi, Acetonämi, Cholämie etc. sind nur die verschiedenen Formen, in welche sich eine solche Selbstvergiftung einkleidet.

Es liegt aber ausserhalb des Bereiches dieser kleinen Abhandlung die ganze Frage Autointoxication sowie auch die Bedingungen zur Entstehung, und die verschiedenen Arten von Selbstvergiftung zu discutiren. Es ist meine Absicht, nur eine Seite der Frage zu berühren und zwar: die Bedeutung der Autointoxication auf die Entwicklung von Geisteskrankheiten. Ich habe mich umsomehr hierzu gedrungen gefühlt, weil ich glaube in der letzten Zeit Gelegenheit gehabt zu haben mehrere Fälle zu beobachten, die gerade diese Frage genau beleuchten, und meine Lust wurde noch mehr gesteigert dadurch, dass in der letzten Zeit die Frage Autointoxicationspsychosen actuell zu werden droht. Obwohl ganz neuen Ursprunges, so hat sie doch schon viele Autoren inspirirt, und hat die Aufmerksamkeit so sehr auf sich gelenkt, dass sie an der Tagesordnung des, im Sommer (August) 1893 zu la Rochelle abgehaltenen Congresses von französischen Psychiatern stand und dort discutirt werden sollte[1]).

Die Resultate der Discussion waren verhältnissmässig nur unbedeutend, hauptsächlich deshalb, weil sie auf eine nur geringe Anzahl von gut beobachteten Fällen basirt war. In einem Punkt war doch volle Uebereinstimmung und zwar darin, dass es unbedingt Fälle von Geisteskrankheiten giebt, deren Ursprung nur in einer Autointoxication zu suchen ist, welcher Natur sie auch sei, und welche Zustände ausserhalb des Gehirns auch immer dafür zu Grunde liegen. Sonst berührte man nur leicht alle die Factoren die hierbei wirksam sind und die durch das Zustandebringen einer Autointoxication den Anstoss zur Entstehung einer Psychose geben; selbst die folgende interessante Frage wurde kaum berührt: ob die Psychosen, die autointoxicatorischen Ursprunges

[1]) Ref. Semaine medicale. No. 47, p. 369. 5. Aug. 1893 und Archiv de neurologie. p. 242. Sept. 1893. *Régis* und *Chevalier-Lavaure* waren die „Rapporteurs".

Digitized by Google

sind, nur zusammen gehören, weil sie dieselbe Aetiologie haben, oder ob sie auch durch die Aehnlichkeit ihrer klinischen Physionomie darauf Anspruch machen können zu derselben Gruppe gerechnet werden zu können.

Gerade über diese Fragen will ich mich in dem Folgenden näher aussprechen und versuchen in denselben zur Klarheit zu kommen. Dies ist aber keine so ganz leichte Sache; der ätiologische Factor, der Einfluss der Autointoxication, lässt sich nämlich oft nur sehr schwer documentiren, selbst in Fällen, wo eine Antointoxication unzweifelhaft vorliegt. Um nun ein Beispiel zu nennen: man nehme an, es sei eine Gedärmaffection vorhanden mit abnormen Gährungsverhältnissen und abnorm reichlicher Entwicklung von giftigen Stoffwechselerzeugnissen, und nun entwickelt sich während dieses Leidens eine acute Geisteskrankheit. Wie kann man da mit absoluter Gewissheit eine Causalverbindung zwischen diesen beiden Krankheiten constatiren?

Selbst wenn wir ganz von dem Beweise absehen, dass hier eine Antointoxication vorliegt, könnten wir ja doch hier in diesem einzelnen Falle andere ätiologische Möglichkeiten nicht ohne weiteres ausschliessen, sowie Entkräftung durch das Gedärmleiden, oder eine von aussen zugeführte Infection, oder auch dass das Zusammentreffen ein zufälliges sein kann. Wenn auch die theoretischen Schwierigkeiten bei der Lösung dieser Frage gross sind, hanptsächlich wenn es gilt die Entstehung der Autointoxicationspsychose zu beweisen, so wird die Lösung der Frage in der Praxis um so leichter sein, weil wir uns auf Erfahrungen berufen können, die theils durch die Beobachtung ähnlicher Zustände errungen sind und theils durch die therapeutischen Erfolge. Wir wollen diese ein wenig näher betrachten.

Bei allen bekannten Fällen von Autointoxication spielen Nervensymptome eine grosse Rolle, sowohl die leichten wie Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, als die schweren wie Convulsionen und Coma. Man denke nur an den urämischen Zustand oder den diabetischen Coma. Wenn sich aber so ernste Gehirnzustände auf Grundlage einer Selbstvergiftung entwickeln können, wird wohl a priori nichts Merkwürdiges daran sein, dass sich auch psychische Störungen als Folge einer solchen entwickeln können. Hierzu kommt noch, dass wir eine ganze Gruppe von Geisteskrankheiten kennen, die sich

Digitized by Google

ausschliesslich nur in einem Gehirn entwickeln, das durch einen in den Organismus eingeführten toxischen Stoff beeinflusst ist, z. B. um nur das bekannteste zu nehmen, das Alkohol. Wir haben also hier einen factischen Beweis, dass toxische Stoffe Geisteskrankheiten hervorrufen können, ein Beweis der noch ausserdem hierdurch eine Bekräftigung bekommt, wenn wir bedenken, dass es noch eine andere auch sehr bedeutende Gruppe von toxischen Geisteskrankheiten giebt, und zwar die sogenannten Infectionspsychosen, die sich ja als Folge aller möglichen Infectionskrankheiten entwickeln, wie z. B. nach Pneumonie, Feb. rheumatica und Feb. puerperalis. Was ist aber hierbei der wirksame Factor, der durch seine Einwirkung auf die Gehirnzellen eine Psychose hervorruft? Was wohl sonst als die Stoffwechselprodukte der Bakterien, die Ptomainen oder mit andern Worten Giftstoffe, die ja streng genommen im menschlichen Körper selbst entwickelt sind und, wo sie psychische Störungen hervorrufen, also eigentlich eine Art Autointoxicationspsychose bewirken.

Und von solchen Psychosen aus, auf wirkliche echte Autointoxicationspsychosen zu schliessen scheint wohl erlaubt: ja würde es uns sogar nicht merkwürdig vorkommen, wenn diese Psychosen nicht vorkämen?

Ausserdem lässt sich ihr Dasein auch auf andere Weise erklären. Bei Fällen von Geisteskrankheiten, wo es nahe liegt eine Autointoxication als primus motor anzunehmen, wird sehr oft eine Behandlung, die vor Allem den Zweck hat, die Bedingungen für die Entwicklung von Giftstoffen zu zerstören, gleichzeitig die Geisteskrankheit selbst bessern, ja sie sogar beheben. Wenn sich das nun auch immer und immer wiederholt bei Patienten, wo Anfälle von Geisteskrankheit kommen, jedesmal wenn die Autointoxication zu Stande kommt, wird doch Niemand leugnen wollen, dass dies nicht nur auf dem Zufalle beruht.

Schliesslich hat man auch auf experimentellem Wege versucht, die Existenz der besprochenen Psychosen festzustellen, indem man den Urin von Geisteskranken Thieren injicirt hat, um dessen Giftigkeit mit dem normalen Urin zu vergleichen. Wenn nun der Urin des Geisteskranken durch die Symptome, die er beim Thiere hervorruft, weniger giftig scheint wie der normale Urin, will man daraus schliessen, dass bei dem Kranken eine Retention von solchen

Digitized by Google

Giftstoffen stattfindet, die bei dem normalen Menschen durch die Nieren ausgesondert werden, und dass diese zurückgebliebenen Giftstoffe die Psychose bewirken. Es ist jedoch nicht meine Absicht, diese so unsichern Untersuchungen näher zu berühren und zu besprechen. *Séglas*[1]) hat gewiss Recht zu behaupten, dass, wenn man auch damit eine neue Untersuchungsmethode gefunden hat, man doch noch weit vom Ziele entfernt sei. Oft sind die gemachten Untersuchungen nur von geringer Bedeutung durch ihre geringe Zahl bei jedem einzelnen Falle, aber hauptsächlich durch die höchst verschiedenen Vergiftungssymptome, die der Urin desselben Patienten hervorbringen kann. Seine eigenen Untersuchungen haben das genügend gezeigt. Aber wenn selbst der experimentelle Beweis vorläufig unzulänglich ist, so scheint mir doch in den früheren Betrachtungen so viel Wahrscheinlichkeit enthalten zu sein, dass echte Autointoxications-Psychosen wirklich zu finden sind, dass es wohl berechtigt ist zu versuchen, deren Existenz auf klinischem Wege festzustellen.

Dies wollen wir nun in dem Folgenden thun und nach und nach die verschiedenen Intoxicationszustände durchsehen, bei welchen solche Psychosen auftreten können. Wir werden dann vielleicht zuletzt sehen, ob wir nicht auch durch die Betrachtung der klinischen Eigenthümlichkeiten der Psychosen eine Gewissheit bekommen, dass Autointoxications-Psychosen nicht blos vorkommen, sondern dass sie auch in klinischer Hinsicht zu derselben Gruppe wie andere toxische Psychosen gehören und zwar zu den Formen von acuter Verwirrtheit.

I. Autointoxications-Psychosen bei Nierenkrankheiten.

Niemand zweifelt mehr daran, dass die Urämie das Resultat einer Autointoxication ist; und dass nervöse Zustände sogar sehr ernster Art zu den hervorragendsten Elementen des urämischen Zustandes gehören, ist längst bekannt. Man hat ja auch schon längst als Thatsache festgestellt, dass Geistesstörungen ein Glied der urämischen Vergiftungen sind. Schon in so bejahrten Werken wie: *Friedreich*'s: „Handbuch der allgemeinen Pathologie der psychischen Krank-

[1]) vide Annales méd.-psych. 1893. Mai-Juni. p. 392. Ibidem 1893, November. p. 532 und Archive de neurologie. September 1893. p. 242.

Digitized by Google

heiten“[1]) und *Rayer*'s: „Maladies des reins“[2]) wird dieses Factum berührt, und später ist eine nicht ganz kleine Anzahl von Fällen, im Ganzen wohl etwa 20, in die Oeffentlichkeit gedrungen. Dass nun die psychischen Störungen bei diesem Falle wirklich autotoxischen Ursprungs sind, geht deutlich aus dem Umstand hervor, dass sie bald als ein mit den übrigen urämischen Symptomen gleichgestelltes Symptom auftreten, bald als ein Stellvertreter für die urämischen Gehirnsymptome, und bald als eine Art Vicar für den veritablen urämischen Anfall, so dass der urämische Zustand und die Psychose wechselweise während des Verlaufs derselben Nierenkrankheit auftreten können. Wenn man nun die veröffentlichten Fälle ein wenig näher durchsieht, wird man bald entdecken, dass es sich bei allen wirklich nur um dasselbe Krankheitsbild handelt. Ueberall ist es die acute hallucinatorische Verwirrtheit, die uns in einer ihrer vielen Gestalten entgegentritt, wohl am oftesten in ihren maniakalischen, aber auch recht oft in der depressiven und stuporösen. Es ist wohl beinahe selbstverständlich, dass die Mehrzahl dieser Fälle nicht unter der genannten Diagnose angeführt sind, da die Anerkennung der acuten Verwirrtheit als selbständige Krankheitsform ja erst in der neuesten Zeit stattgefunden hat. Die klinischen Züge sind aber so deutlich, dass sie nicht missverstanden werden können, wenn auch die Diagnose der Verfasser auf Mania, Melancholia agitata, stuporosa u. s. w. lautet. Ich glaube daher nicht, dass *Cullerre*[3]) Recht hat mit der Behauptung, die er auf dem oben genannten psychiatrischen Congress fallen liess, dass: folie brightique sich in allen möglichen Gestalten einkleiden kann, aber hauptsächlich in die der Melancholie. Wohl sind einzelne Fälle mitgetheilt, die nicht in die Gruppe von acuter Verwirrtheit eingereiht werden können, aber ich glaube, dass man bei einer genaueren Untersuchung dieser Fälle mir Recht geben wird, dass es sich hier gar nicht um dieselbe Causalverbindung zwischen der Nierenkrankheit und der Geisteskrankheit handelt, wie bei den andern Fällen. Das Zusammentreffen dieser beiden Krankheiten ist wirklich ein zufälliges. Dies gilt auch von mehre-

[1]) 1833. p. 403.
[2]) 1839. T. I, p. 523.
[3]) Semaine médicale. 1893. No. 47, S. 369.

Digitized by Google

ren der oft citirten Fälle von *Hagen*[1]), die nichtsdestoweniger doch immer als Paradigmen „für Geisteskrankheiten durch Nierenkrankheit verursacht" paradiren, z. B. seine Krankengeschichten No. 15, 16. Solche Fälle hatten auch einen von dem Nierenleiden ganz unabhängigen Verlauf, während dem, wie wir bei allen andern echten urämischen Psychosen sehen, wenn die Krankheit nicht vorher durch den Tod abgeschlossen wird, die Psychose sich gleichzeitig mit dem Nierenleiden bessert, d. h. gleichzeitig damit, dass die Diurese steigt, die Oedeme abnehmen und die Albuminmenge sich verringert. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Psychosen besonders während des Verlaufs von chronischen Nierenentzündungen auftreten, aber *v. Hösslin* ist gewiss übertrieben reservirt, wenn er die Forderung macht, dass die Nephritis chronisch sein muss, damit man ihr die Bedeutung als causa morbi beilegen kann. *Köppen*[2]) hat vor Kurzem einen Fall von urämischer Psychose nach einer Eclampsia gravidarum mitgetheilt, und in der etwas älteren Literatur finden wir einen Fall von *Jolly*[3]) mitgetheilt, wo eine acute hallucinatorische Verwirrtheit bei einem 19jährigen Mädchen zum Ausbruch kommt, die an acuter Nephritis leidet. Auch *Marcus*[4]) kann von einem Anfall von Verwirrtheit und Wuth erzählen, während des Verlaufs einer Scarlatina nephrit. Einen passenden Abschluss dieser Bemerkungen über die urämischen Autointoxications-Psychosen dürfte die Mittheilung einiger sehr illu-

---

[1]) *Hagen*, Ueber Nierenkrankheiten als Ursache von Geisteskrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1882. Bd. 38, S. 1. Hier sind alle bis dann mitgetheilten Fälle citirt. Spätere Literatur:

Raymond, Achives générales de medecine. 1882. I, p. 294.

Dieulafoy, Gaz. hebd. de med. et chir. 1885. No. 29—30.

Barrie, Ibid. 1885. No. 38.

Fürstner, Uebersichtsartikel über Psychiatrie. *Virchow-Hirsch*'s Jahresberichte. 1883. II, S. 52 und 1886. II, S. 144.

Wille, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1883. No. 9 und 1886. No. 19, 20.

v. Hösslin, Münch. med. Wochenschrift. 1889. No. 42.

Abegg, Berl. klin. Wochenschrift. 1892. No. 17, S. 406.

[2]) *Köppen*, Charité-Annalen. 1893. XVIII und früher Arch. f. Psych. 1885. XX, S. 876.

[3]) *Jolly*, Berl. klin. Wochenschrift. 1873. No. 21.

[4]) *Marcus*, Berl. med. Wochenschrift. 1877. No. 40.

Digitized by Google

strirenden Fälle die am „Communehospital“ zu Kopenhagen vorgekommen sind, sein. Der eine Fall ist wohl schon im Jahre 1880 hier in Kopenhagen von Prof. *Haslund*[1]) mitgetheilt worden; es kam aber durch die damaligen Anschauungen von Urämie zu einer anderen Erklärung der Pathogenese dieses Falles, und da dieser so schön zeigt, wie die Psychose eigentlich als ein urämisches Symptom aufzufassen ist, zaudere ich nicht die Hauptmomente dieses Falles wieder in die Erinnerung zurückzurufen. Man kann auch wirklich keine mehr typische Illustration des Factums verlangen, dass das klinische Bild der urämischen Psychose auch das Bild einer acuten hallucinatorischen Verwirrtheit ist, und in diesem Falle sogar mit deutlich hervortretenden maniakalischen Elementen.

Krankengeschichte No. 1. Der Patient war ein 19jähriger Bauernsohn, der an einer deutlich ausgesprochenen chronischen Nephritis litt. Er hat schon mehrmals Andeutungen eines urämischen Anfalls gehabt, wenn man versuchte, die strenge Milchdiät durch eine weniger strenge Diät zu ersetzen. Unmittelbar vor dem Anfall, der jetzt mit den eignen Worten des Journals mitgetheilt werden wird, soll er sich aber verhältnissmässig wohl gefühlt haben. Es ist sowohl Ascites wie Anasarka vorhanden.

28. November 1873. Diurese 1350. Gegen den gestrigen Abend wurde er sehr stumpf und verfiel in einen schlafähnlichen Zustand. Gegen 7 bis 8 Uhr Abends bekam er starke convulsivische Zuckungen im ganzen Körper, die zuletzt in heftige Convulsionen ausarteten. Er war doch während diesen bei vollem Bewusstsein und behauptet heute, dabei keine Schmerzen gehabt zu haben. Heute Nacht schlief er nur eine halbe Stunde, hatte aber keine Convulsionen oder Somnolenz.

29. November. Befand sich den ganzen gestrigen Tag hindurch so ziemlich wohl; gegen Abend kam aber ein Anfall von Angst über ihn, wobei er anfing zu deliriren, dies nahm immer mehr zu, gleichzeitig bekam er Zuckungen in den Gesichtsmuskeln. Zwischen den Anfällen schien er bei Bewusstsein gewesen zu sein (!), aber antwortete nicht, wenn er befragt wurde. Im Laufe der Nacht steigerten sich die Delirien, er erhob sich im Bette, rief laut, war stark hallucinirt, und kannte seine Umgebung nicht.

Von jetzt an entwickelt sich eine typische, maniakalisch hallucinatorische Verwirrtheit, die bis Anfangs März beinahe unverändert bleibt. Die Diurese ist während der ganzen Zeit 12—1300, zahlreiche Cylinder im Urin und deren Anzahl eher zunehmend. Vom März an bessert sich sein Zustand und die Besserung schreitet in allen Richtungen ruhig vorwärts. Am 28. März ist er schon im Stande, als Reconvalescent in seine

[1]) *Haslund*, Ugeskrift for Läger. 1880. 4 R. I, No. 20, p. 297.

Digitized by Google

Heimath zu reisen. Im Laufe des folgenden Jahres ist er psychisch vollständig normal bis zum Frühjahr 1875, wo er einem neuen urämischen Anfall unterliegt.

Den zweiten Fall den ich hier noch besprechen will, habe ich selbst Gelegenheit gehabt zu beobachten. Bei diesem Falle tritt zweimal dieselbe Form von Geistesstörung, und zwar die acute Verwirrtheit auf, und beide Male gleichzeitig mit urämischen Zuständen. Der erste Anfall zeigt deutlich wie die psychischen Symptome zugleich mit der Urämie verschwinden, der zweite Anfall hingegen wird schnell durch das Eintreten des Todes abgeschlossen, der in der zunehmenden Urämie begründet ist.

Krankengeschichte No. 2. E. N., 55jährige, verheirathete Frau. Kam ins Spital am 22. Juni 1893; starb am 16. Juli 1893.

Schon vor 15 Jahren nach einem Partus waren bei der Patientin Anzeichen eines Nierenleidens da, aber in den letzten 4 Monaten hat sie sehr deutliche Symptome einer chronischen Nierenentzündung gehabt. Ihr Allgemeinbefinden war doch so ziemlich gut und sie ist in psychischer Hinsicht vollständig normal gewesen, bis auf die zwei letzten Tage, wo sie unruhig und unbillig wurde, gleichzeitig hiermit nahm die Diurese ab, und wurde der Schlaf schlecht.

Im Spital war sie die ersten Tage ganz verwirrt, agitirt, oft schalt oder lachte sie ganz unmotivirt, sang oder pfiff, focht mit den Armen umher, uud warf sich im Bett herum. Sie schlief nur wenig, die Diurese war klein, Temperatur normal. Anasarka. Massen von Albumen und Cylinder im Urin. Ord.: Soli diuretini 5—200, ein Esslöffel jede zweite Stunde.

Am 25. war sie schon ruhiger und mehr bewusst, hatte bei Nacht gut geschlafen und die Diurese war in der Zunahme. Am folgenden Tage klärte sich das Bewusstsein immer mehr und mehr auf, die Diurese nahm zu und die Oedeme verringerten sich gleichzeitig.

Ab und zu bemerkte man so ziemlich rhytmische convulsivische Zuckungen im ganzen Körper, aber keine echten Convulsionen. Am 27. war sie in psychischer Hinsicht vollständig normal, und war es bis zum 13. Juli. Mit Ausnahme von häufigen Kopfschmerzen befand sie sich während dieses ganzen Zeitraumes wohl, die Oedeme waren beinahe ganz verschwunden, das Diuretin wurde deponirt. Die Albuminmenge im Urin war aber fortwährend bedeutend 5‰ Esbach, obwohl die Diurese bis zu 15—1600 im Laufe von 24 Stunden stieg.

Der 13. Juli wird dann notirt: $\frac{\text{D. } 2010}{\text{sp. Gew. } 1010}$. Sie begann gestern unruhig zu werden, stand mehrmals vom Bette auf. Heute Nacht hat sie nicht geschlafen, sie spricht ununterbrochen, bald, dass sie sterben werde, und bald, dass sie ihrer Tochter Geld schuldig sei.

Digitized by Google

15. Juli: Temp. $\frac{37,7,\quad D.\ 720}{38,5,\ sp.\ Gew.\ 1020}$. Sie ist im Laufe der letzten zwei Tage mehr und mehr in das Stadium einer completen vociferirenden Verwirrtheit gekommen, ganz wie bei der Ankunft. Sie bemerkt die Aussenwelt gar nicht, monologisirt und verbigerirt, will immer aus dem Bett springen, muss gefüttert und katheterisirt werden. Der Urin enthält eine grosse Albumenmenge.

16. Juli: Temp. $\frac{39,2,\quad D.\ 400}{39,2,\ sp.\ Gew.\ 1028}$. Sie hat auf Morphin die ganze Nacht geschlafen, liegt aber jetzt mit stöhnender Respiration und stierem Blick. Puls 100, schwach. Der Urin involuntär entleert. Der gestern mit Katheter genommene Urin ergiebt Blutreaction, enthält keine Cylinder, aber Esbach zeigt 10‰.

17. Juli: Temp. 40,9. Sie lag gestern tagsüber in einem soporösen Zustand und starb um zwölf Uhr Nachts.

Section leider verboten.

II. Autointoxications-Psychosen bei Leberkrankheiten.

Es wird wohl heut zu Tage kaum Jemand leugnen wollen, dass Icterus, der ja dadurch entsteht, dass die giftige Galle direct in den Kreislauf übergeht, eine Art Autointoxication ist[1]). Der langsame Puls, die mürrische, irritable Stimmung, die schon die alten Griechen bemerkten, die Schlaflosigkeit u. s. w. sind Zeugen dafür. Wenn diese Selbstvergiftung trotzdem nur eine verhältnissmässig geringe Macht bekommt, liegt dies wohl hauptsächlich darin, dass die Nieren im Stande sind die dem Kreislaufe zugeführten Giftstoffe genügend und schnell wieder zu entfernen, so dass diese nicht Zeit haben sich im Organismus zu magasiniren. Wenn aber der Fall eintritt, dass die Menge der Giftstoffe eine so bedeutende ist, dass die Nieren nicht im Stande sind sie zu entleeren, wird die Autointoxication auch bald sehr ernste Formen annehmen und dies wird noch ärger sein, wenn die Permeabilität der Nieren verringert oder ganz zerstört wird. Denn in diesem Falle kommt noch zu der schon vorhandenen biliösen Autointoxication, der Cholämie, eine neue, die Urämie. Dass die Gefahr, dass eine solche gemischte Autointoxication eintritt, nicht gering ist, zeigen viele Fälle von Icterus gravis, denn hierbei werden auch die biliösen

[1]) Vergl. *Bouchard*, Leçons sur les autointoxications dans les maladies. Paris 1887. p. 241 u. 248—50.

Digitized by Google

Giftstoffe auf die Nieren einwirken, ähnlich wie Blei, Quecksilber, Kantheriden u. m. A., und eine acute Nephritis hervorrufen.

Wie nun auch die biliöse Autointoxication, die Cholämie, entsteht, so wird sie immer von schweren Gehirnaffectionen begleitet sein und dass diese bald als Coma, bald als Delirien auftreten können, ist nichts Neues. Aber da die Unterscheidung des delirirenden Zustandes von der acuten Psychose, die wir Verwirrtheit nennen, eigentlich nur ganz problematisch ist, wird es Niemand wundern, dass man auch bei Leberkrankheiten, die den cholämischen Zustand herbeiführen, die obenbesprochene Geisteskrankheit finden kann.

Die folgenden Krankengeschichten werden hoffentlich im Stande sein die Möglichkeit in die Gewissheit zu verwandeln.

Zwei der Fälle habe ich selbst am „Communehospital" beobachten können. In beiden Fällen handelt es sich um eine acute gelbe Leberatrophie mit Cholämie, deren hauptsächliches Symptom sehr bedeutende psychische Störungen waren; diese waren aber durch die Malignität der Hauptkrankheit nur von kurzer Dauer, da die Autointoxication sehr schnell Coma und Tod bewirkte.

Trotz der rasenden Schnelligkeit des Verlaufes konnte man doch bei beiden Fällen die Hauptzüge der acuten Verwirrtheit wieder finden. Der erste Fall, den ich während meiner Studienzeit im Jahre 1888 selbst beobachtete, ist wohl schon einmal früher von *Friis* (Hospitalstidende 1889 S. 864) mitgetheilt worden, aber zu einem andern Zweck, und glaube ich daher, dass es nicht überflüssig sein wird ihn hier in gedrängter Form wieder mitzutheilen.

Krankengeschichte No. 3. H. L., 25jährige, ledige Dienstmagd. Kam ins Spital am 7. Februar 1888, starb am 9. Februar 1888. Seit 22. November 1887 wegen secundären syphilitischen Zuständen unter Behandlung. Nachdem sie mit 42 Schmierkuren [5—8 g pro die][1]) behandelt worden war, begann sie die gewöhnlichen Symptome eines Icterus catarrhalis darzubieten, man fand aber damals noch keine Anschwellung der Leber. Erst am 18. Januar fühlte man sie in der Papillarlinie, ein paar Finger breit unter der Curvatur. Am 10. Januar hörte man auf mit den Schmierkuren (im Ganzen 45). Es zeigte sich eine immer mehr und mehr zunehmende

[1]) Nach der 15. Schmierkur eine leichte Stomatitis, die doch nur eine Pause von 2—3 Tagen erforderte.

Digitized by Google

Mattigkeit und Anfangs Februar war sie so matt geworden, dass sie kaum eine Tasse halten konnte; sie war auch gleichgiltig geworden, wiederholte immer dieselben Worte, antwortete unrecht oder gar nicht wenn sie gefragt wurde. Keine Hallucinationen. Sie kam nun von der dermatologischen Abtheilung in die Nervenabtheilung, wo sie gleich nach ihrer Ankunft ganz unzugänglich wurde. Sie lag mit geschlossenen Augen, als ob sie schlief, wenn man aber versuchte sie zu untersuchen, fuhr sie empor, schlug um sich, schrie auf und schnitt Grimassen, schalt und antwortete auf keine Ansprache. Ihr Bewusstsein war augenscheinlich sehr unklar, ihre Umgebung interessirte sie absolut nicht, sie hatte scheinbar keine Hallucinationen. Puls 96, Temp. 37. Die Hautfarbe olivengrün, Sklera bedeutend gelb gefärbt. Keine Stomatitis. Keine Hautefflorescens. Keine Anschwellung der Leber, Urin sehr dunkel gefärbt, giebt starke Gallenfarbstoffreaction, enthält kein Albumen.

8. Februar: Temp. $\frac{37}{36,8}$, Puls 100. Sie hat den grösten Theil der Nacht geschlafen. Des Morgens ist sie schläfrig, wirft den Kopf von der einen Seite auf die andere, ist aber sonst ruhig, haltet die Augen geschlossen.

9. Februar: Temp. 38,9. Der Zustand gestern ganz unverändert, involuntäre, schlecht riechende, dünne gelbe Entleerung. Gestern Abend einen Anfall von Zuckungen in den Extremitäten, schwachen Puls und später starke Herzaction und Transpiration. Diesen Morgen um $5^1/_2$ Uhr einen ähnlichen convulsivischen Anfall und gleich darauf mors.

Sectionsdiagnose (Herr Prosector Dr. *Borch*): Degeneratio adiposa acuta hepatis in cirrhose incip. — Degeneratio adiposa acuta myocardii et renum. — Hypostasis pulmonum. — Oedema meningum.

Den zweiten Fall habe ich erst vor kurzem beobachtet, es ist ein in vielen Richtungen sehr interessanter Fall auf den ich hoffe bei Gelegenheit ausführlicher wieder zurückkommen zu können. Ich will mich daher in diesem Zusammenhange nur auf das beschränken, was für den Hauptzweck dieser Abhandlung Interesse hat. Vielleicht ist dabei nicht am wenigsten merkwürdig, dass der Patient ein nur 10jähriger Bursche ist.

Krankengeschichte No. 4. H. A. H. C., 10jähriger Sohn eines Maurers, kam ins Spital am 13. December 1893 um 1 Uhr Vormittags, starb am 13. December 1893 um 10 Uhr Abends.

Der Patient wurde seit dem 23. October an der dermatologischen Abtheilung wegen einer Keratitis parenchymatosa diffusa mit täglichen Schmierkuren, Jodkalium und Atropineintropfungen behandelt. Mit Ausnahme des Augenleidens ist er vollständig gesund gewesen und ist auch in psychischer Hinsicht vollständig normal bis zum 7. December. Dieser wird wie folgt notirt:

7. December. Er ist heute icterisch. Der Urin gallenfarbig ohne

Digitized by Google

Albumen. Er hat die letzten Tage den Appetit verloren, der gedämpfte Laut bei der Percussion der Leber reicht bis 1—2 Fingersbreite unter die Curvatur in der Papillarlinie. Der Rand ist nicht fühlbar.

8. December. Subjectives Wohlbefinden. Icterus in der Zunahme.

9. December. Tonfarbiger Stuhl.

12. December. Die icterische Farbe wird immer intensiver.

13. December. Gestern Nachmittag war er mürrisch und hatte zu Nichts Lust. Gegen Abend wurde er sehr unruhig, durstete stark, warf sich im Bett herum, schlug um sich mit den Armen und Beinen und war stark hallucinirt. Temp. 36,9. Die Zunge trocken. Puls 120.

Die Pupillen dilatirt. Da die Unruhe sich trotz Morphin immer mehr steigerte, wurde er heute Nacht um 1 Uhr auf die Nervenabtheilung gebracht. — Hier wurde er sehr unruhig, ganz unklar und unumgänglich. Er sprach nicht, aber stiess laute Klagerufe aus. Genauere Untersuchung ganz unmöglich. Mehr gegen den Morgen zu war die Temp. 36,8. Bei der Morgenvisite wurde er noch in demselben Zustande getroffen, er war intens gelb, lag mit geschlossenen Augen, hatte ein altes eingefallenes Aussehen, trockene Zunge, reagirte mit Schlägen und Stössen bei jeder Berührung, riss und biss in sein Gewand, schrie auf, war aber sonst stumm und scheinbar ganz umnebelt. Der Urin bedeutend icterisch, mit Spuren von Albumin.

Ohne dass sich im Laufe des Tages der Zustand wesentlich veränderte, trat der Tod um 10 Uhr Abends ein.

Die Section (Prosector Dr. *Borch*) wurde 12 Stunden später gemacht.

Sectionsdiagnose: Hepatitis interstitialis chronica et Hepatitis parenchymatosa acuta — Perihepatitis fibrosa — Hyperplasia lienis — Perisplenitis fibrosa — Nephritis parenchymatosa (degeneratio adiposa acuta diffusa) — Icterus universalis — Meningo-encephalitis corticalis chronica diffusa — Sclerosis disseminata cerebri.

Trotz dieses bunten und merkwürdigen Sectionsbefundes kann wohl nicht daran gezweifelt werden, dass das Leiden, welches die psychischen Störungen verursachte, und das Leiden, das den Patienten tödtete, die Cholämie war. Dass diese in einer acuten gelben Leberatrophie begründet war, kann auch nicht bestritten werden, wenn auch das Leiden ein wenig durch die Lebercirrhose, deren Ursprung sicher von congeniter Lues herrührt, maskirt wurde. Dass sich die Periencephalitis und die Sklerose, die wohl beide älteren Ursprungs waren, nicht schon früher im Leben zu erkennen gegeben haben, da der Knabe ja vollständig normal war, bis er den Icterus bekam, zeigen wohl deutlich die Richtigkeit der Annahme, dass sie als Ursache der Psychose ganz ausser Frage sind. Schliesslich hat das Nierenleiden, selbst wenn es dazu beigetragen hat die Katastrophe zu beschleunigen, doch nur eine secundäre Rolle gespielt, da ja beim Erscheinen des Icterus kein Albumin im Urin war und dieses sich erst am letzten Tage zeigte.

Digitized by Google

Ausser diesen zwei Fällen wünsche ich noch einen vor nicht langer Zeit von *Klippel*[1]) publicirten Fall mitzutheilen, den er in die Gruppe folie hépatique einreicht.

Diesen Wunsch erfülle ich um so lieber, da ich mir denke, dass vielleicht irgend Jemand, der mit dem Begriffe Psychose weniger vertraut ist, sich nicht geneigt fühlt meine Fälle als Beweise für Psychosen anzunehmen, da deren Entwicklung so sehr schnell war. Bei *Klippel*'s Fall hingegen war die typische acute maniakalische Verwirrtheit durch volle 3 Monate vorhanden. Die Krankengeschichte wird hier in sehr gedrängter Form mitgetheilt.

Krankengeschichte No. 5 (*Klippel*'s Fall). Der 62jährige Mann kam am 1. Juli 1891 an das Irrenhaus St. Anna, und war damals unzweifelhaft geisteskrank, aber den genauen Ursprung der Krankheit zu ergründen musste man aufgeben. Man konnte nur erfahren, dass er auf einer Reise nach Paris krank wurde, und dass er ganz normal war, als er von Hause fortreiste. Er ist früher gesund gewesen, war weder Alkoholist noch hereditär disponirt. Gleich nach seiner Ankunft in Paris, wohl etwa 6 Wochen vor seiner Ankunft ins Spital, war er sehr aufgeregt. Bei der Aufnahme wurde constatirt „de l'agitation, du désordre des idées et des actes, des conceptions vaniteuses". Früher hatte er mehrere Symptome einer Leberkrankheit: Icterus, Urobilinurie, entfärbte Fäces u. s. w. Dagegen aber kein Fieber oder gastrische Störungen. Nach Verlauf eines Monats, wo er bald mehr bald weniger aufgeregt war, kam er in ein mehr depressives Uebergangsstadium mit unaufhörlichem Murmeln und mit Neigung, das Bett zu verlassen. Zuletzt weigerte er sich zu essen, und nach Coma kam der Tod.

Bei der Section fand man eine acute gelbe Leberatrophie. Das Gehirn bot nichts Abnormes dar. Man fand auch eine wohl nur mikroskopisch bewiesene interstitielle Nephritis, die, wie *Klippel* meint, wohl auch zu der Entwickelung der Autointoxication beigetragen hat, aber wohl kaum die eigentliche Ursache der Psychose war, da das Nierenparenchym beinahe ganz unbeschädigt war.

Es scheint mir natürlich, während wir uns mit dem Verhältniss der Leberkrankheiten zu den Psychosen beschäftigen, auch noch die Stellung des Diabetes mellitus zu den Autointoxications-Psychosen zu berühren. Dass solche während des Verlaufes der genannten Krankheit vorkommen können, dafür spricht unleugbar

[1]) *Klippel*, De l'insuffisence hépatique dans les maladies mentales. De la folie hépatique. Archiv gén. de medécine. 1892. II, p. 185.

Digitized by Google

der diabetische Coma, ob dieser nun durch eine Autointoxication mit Aceton, Diacetsäure, β-Oxybuttersäure oder durch einen andern ganz unbekannten Stoff[1]) hervorgebracht ist. Leider genügt meine eigene Erfahrung nicht für die Lösung der Frage, und ich habe auch sonst nirgends eine Bekräftigung der angenommenen Vermuthung finden können. Aber in der reichen Casuistik von *Seegen*[2]) habe ich einen Fall gefunden, wo sich bei einem Diabetiker plötzlich eine Psychose entwickelt, deren Entstehung erst dadurch eine natürliche Deutung bekommt, wenn man sie als Resultat einer Autointoxication betrachtet.

Krankengeschichte No. 6 (*Seegen*'s Fall). Eine 58jährige Frau, durch circa 2 Jahre Diabetes. Kam dann zu *Seegen*, um von ihm behandelt zu werden. Vom 30. Juni bis August fielen die Zuckerprocente von 8 auf 2,8. Hierauf fühlte sie sich viel wohler bis zum Sommer 1865, wo sich ihr Zustand verschlimmerte. Am 31. März entstand plötzlich ein maniakalischer Zustand, gleichzeitig mit häufigem Erbrechen und bohrendem Kopfschmerz. Am Tag darauf wurde sie apathisch. Der Urin spärlich, enthielt Zucker und Albumin. Nach Verlauf von 2 mal 24 Stunden Coma und am 4. Tag Tod. Section verboten. Man kann wohl kaum die Möglichkeit einer Urämie bei diesem Falle ausschliessen; der Verfasser hat aber mit keinem Worte bemerkt, dass sie früher je Symptome eines Nierenleidens gehabt hat.

III. Autointoxications-Psychosen und Verdauungsstörungen.

Wenn man von Autointoxications-Psychosen im Allgemeinen spricht ohne den Begriff näher zu begrenzen, wenden sich unsere Gedanken unwillkürlich zu den Psychosen, deren Entwicklung von einem Leiden im Verdauungskanal ausgeht, sei es im Magen oder wohl besonders in den Gedärmen. Und diese Psychosen werden gewöhnlich als die wahren Repräsentanten der Autointoxications-Psychosen betrachtet.

Hierzu ist aber kein wirklicher Anlass, denn die Processe, die ihre Entstehung bewirken, verursachen keinen höheren Grad von Autointoxication als die Processe, die wir schon besprochen haben.

---

[1]) vide *v. Norden*, Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin 1893. S. 406.

[2]) *J. Seegen*, De diabetes mellitus. Berlin 1893. Krankengeschichte 63. S. 396.

Digitized by Google

Und doch sind diese Psychosen von grösserem Interesse als die früher beschriebenen, weil es viel schwerer ist, eine digestive Selbstvergiftung zu documentiren, als eine urämische oder cholämische. Dies ist leicht erklärlich, denn unsere Kenntniss der Giftstoffe, die bei der Verdauung entstehen, ist eine sehr mangelhafte, und dies gilt natürlich in noch höherem Grade den Giftstoffen, die sich bei einer gestörten Verdauung entwickeln. Und doch muss man sagen, dass es unzweifelhaft bewiesen ist, dass abnorme Gährungsprocesse im Verdauungskanal den Ausgangspunkt einer Selbstvergiftung des ganzen Organismus sein können. Vertigo e stomacho laeso älterer Verfasser ist ein sprechender Beweis hierfür. *Bouchard* hat aber die besondere Ehre, dieses Factum dem allgemeinen Bewusstsein eingeprägt zu haben. Wie oft hängt nicht Kopfschmerz, Unwohlsein, Missmuth, Schlaflosigkeit u. s. w. mit einer Verdauungsstörung, einer hartnäckigen Obstipation oder Diarrhoe zusammen? das kommt wohl beinahe täglich vor. Aber auch ernstere Vergiftungsfälle sind uns nicht unbekannt. *Senator*[1]), *Litten*[2]) und *v. Jaksch*[3]) haben uns über dyspeptische Comazustände belehrt. Diesen Zustand glaubte ich auch selbst vor kurzem zu beobachten bei einem etwa vierzigjährigen Manne, der längere Zeit hindurch an Diarrhoe gelitten hatte, und nach einer acuten Verschlimmerung des Gedärmleiden in ein vollständiges Coma verfallen war. Er lag wie ein Diabetiker im Coma, aber man fand weder Albumin, Zucker noch Gallenfarbe oder Aceton im Urin. Die Section bekräftigte insofern meine Vermuthung, dass keine bestimmte Todesursache bewiesen werden konnte. Das Gehirn war vollständig normal. Man fand aber ausser einer bedeutenden chronischen Enteritis einen geringen Grad von Lebercirrhosis sowie den totalen Mangel der einen Niere (die andere war gesund) und

---

[1]) Ueber Selbstinfection durch abnorme Zerstörungsvorgänge und ein dadurch bedingtes dyskrasisches Coma. Zeitschrift f. klin. Med. 1884. VII, S. 258.

[2]) Ueber einen eigenartigen Symptomencomplex in Folge von Selbstinfection bei dyspeptischen Zuständen (Coma dyspepticum). Zeitschrift f. klin. Medicin. 1884. VII, Suppl., S. 82.

[3]) Epilepsia acetonica. Ein Beitrag zur Lehre von den Autointoxicationen. Zeitschrift f. klin. Medicin. 1885. X, S. 362.

Digitized by Google

dies war wohl der Grund, dass die aus den Gedärmen aufgesaugten Giftstoffe nicht schnell genug aus dem Organismus wieder entfernt wurden. Auch *Ewald*[1]) hat neulich in der medicinischen Gesellschaft in Berlin einen sehr heftigen Anfall von Selbstvergiftung mitgetheilt, die durch abnorme Gährung des Mageninhaltes hervorgerufen worden war. Ausserdem haben *Bouveret* und *Devic*[2]) in einer sehr interessanten neuen Arbeit den Zusammenhang zwischen Tetanie und einer besondern Form von Magendilatation (die *Reichmann*'sche Krankheit) gezeigt. Die Hauptkennzeichen dieser Krankheit sind ja ausser der Erweiterung des Ventrikels eine permanente Hypersecretion, saures Erbrechen und gastralgische Anfälle, die erst einige Stunden nach eingenommener Mahlzeit auftreten. In einer noch später erschienenen Abhandlung haben *J. Jacobson* und *C. A. Ewald*[3]) gleichfalls gezeigt, dass Tetanie bei Erwachsenen durch eine unvollkommene Gedärmverdauung, die sich mit Steatorrhoe äussert, hervorgerufen werden kann.

Unterstützt durch die hier angeführten Erfahrungen stelle ich daher hier wieder meine gewöhnliche Frage: Wenn dyspeptische Fälle Autointoxicationszustände mit von Seiten des Nervensystems so ernsthaften Symptomen hervorrufen können, wie oben angeführt, darf man dann im voraus zweifeln, dass es auch Autointoxications-Psychosen giebt, die dyspeptischen Ursprunges sind? Gewiss nicht! — Es ist daher ganz natürlich, dass man angefangen hat zu beobachten, ob nicht die Verdauungsanomalien, die gleichzeitig mit z. B. der Melancholie auftreten, als mehr als ein Symptom aufzufassen sind, und ob sie nicht eher als Quelle der Melancholie zu betrachten sind. Diese Vermuthung liegt ja auch so ziemlich nahe, wenn chronische Verdauungsanomalien längere Zeit vor dem Auftreten der Psychosen dagewesen sind, und wird noch ausserdem bekräftigt, wenn man die oft überraschende Besserung bemerkt, die bei einer methodisch durchgeführten Behandlung des Magens und der Gedärme mit Ausspülungen, Antiseptica und Laxantia

---

[1]) Berl. klin. Wochenschrift. Nov. 1893.

[2]) Tétanie d'origine gastrique. Revue de medecine. 1892. XII, p. 48 und p. 97.

[3]) Verhandlung des XII. Congresses f. intern. Med. zu Wiesbaden. 1893. Ref. *Schmidt*'s Jahrb. 1893. Bd. 234, S. 232.

Digitized by Google

bemerkt worden ist. Vide *Flemming*[1]), *Féyat*[2]), *Alt*[3]), *Wagner*[4]), *Macpherson*[5]), *A. Voisin*[6]) u. m.

Man muss aber ungemein vorsichtig sein und nicht post und propter verwechseln! Die Melancholie bewirkt eo ipso eine Herabsetzung der Ernährung, und an und für sich ist es ja nicht merkwürdig, dass eine Therapie, deren Hauptzweck die Verbesserung der Verdauung ist, auch einen heilsamen Einfluss auf die Krankheit selbst haben muss. Denn selbst dort, wo die herabgesetzte oder krankhaft veränderte Functionstüchtigkeit des Magens und Gedärmkanales nicht als causa morbis betrachtet werden kann, wird sie doch immer durch fortgesetzte Autointoxicationen in einem wesentlichen Grad auf das im voraus kranke Gehirn einwirken und durch die fortwährende Irritation der Toxinen die Genesung verzögern. Diese hier nur so leicht berührten Verhältnisse sind aber so complicirt, dass ich es als verfrüht betrachte, die Grenzen der Autointoxications-Psychosen so weit zu ziehen, dass sie auch die Melancholie überhaupt oder einzelne Gruppen derselben umfasst. Vorläufig dient man wohl der im voraus schon so ziemlich verwickelten Sache am besten, wenn man nur von gastrointestinalen Autointoxications-Psychosen bei solchen Fällen spricht, wo bis auf die Verdauungssymptome alle anderen ätiologischen Momente fehlen, wo sich die Psychose acut entwickelt hat, und wo sich deren Entwicklung und Verlauf eng an die Entwicklung der Verdauungskrankheit schliesst. Von solchen Fällen sind einige publicirt, u. a. von *Pontopiddan*[7]) und *Séglas*[8]).

---

[1]) Pathologie und Therapie der Psychosen. Berlin 1859. S. 150.

[2]) De la constipation et des phênomènes toxiques qu'elle provoque. Lyon. Thèse. 1890.

[3]) Ueber das Entstehen von Neurosen und Psychosen auf dem Boden von chronischen Magenkrankheiten. Archiv f. Psych. Bd. XXIV. 1892. H. 2, S. 403.

[4]) Jahrb. für Psych. Bd. X. 1892. H. 2 u. 3.

[5]) Remarks upon the influence of intestinal disinfection in some forms of acute insanity. Journal of mental sc. Jan. 1893. p. 37.

[6]) Semaine médical. 1893. No. 47, p. 369. vide Ref. der Verhandlungen des IV. Congrès de médecine mentale.

[7]) Psykiatr. Foreläsninger og Studier. 1892. Krankengesch. No. 10, p. 122.

[8]) Des autointoxications dans les maladies mentales. Archiv générales de médecine. Nov. 1893. p. 532.

Digitized by Google

Auch verschiedene Fälle von puerperalen Geisteskrankheiten hätten ihren eigentlichen Platz an dieser Stelle, aber die bei diesen Fällen verschiedenen Möglichkeiten genau zu unterscheiden, damit darf ich hier nicht anfangen[1]). Dagegen kann ich andere Fälle anführen, die meiner Meinung nach nur hierher gehören, und besonders einer von ihnen, Krankengschichte No. 7, beleuchtet, wie es mir scheint, auf eine sehr instructive Art die vorliegende Form der Psychose.

Es ist ja eigentlich dieser Fall, der von Anfang an mein Interesse für die ganze Frage der „Autointoxications-Psychosen" geweckt hat.

Krankengeschichte No. 7. Catarrhus chron. ventriculi. Autointoxications-Psychose.

H. M., 48jähriger, verheiratheter Käsehändler, kam ins Spital am 15. April 1893, wurde am 17. Juli 1893 wieder entlassen.

Die lange Krankengeschichte wird hier in gedrängter und mehr übersichtlicher Form wiedergegeben.

Der Patient bot bei seiner Ankunft das Bild einer acuten hallucinatorischen Verwirrtheit, mit einem leichten maniakalischen Anstrich. Er war vollständig disorientirt, seine Rede war unzusammenhängend, seine Antworten ins Blaue hinein, ausserdem hat er Gesichtshallucinationen und war sehr unruhig. Temperatur normal. Der Urin enthielt ein wenig Albumin aber keine Cylinder. Diurese normal, specifisches Gewicht 1013. Die objective Untersuchung ergab nichts Abnormes, Ophthalmoskopie natürlich. Seine Frau erklärte, so weit ihr bekannt, war keine neuropathische Disposition in der Familie ihres Mannes, er hatte auch weder Lues gehabt noch war er Alkoholist. Durch mehrere Jahre hat er aber an Magenkatarrh gelitten mit häufigem Erbrechen, und in dem letzten Jahr ist er gleichgiltig und vergesslich geworden und hat sich weniger für seine Familie und seine Beschäftigung interessirt. Besonders in der letzten Zeit hat er oft Kopfschmerzen und häufiger copiöses Erbrechen gehabt, war aber sonst wie gewöhnlich. Vor 2 Tagen bekam er unmittelbar nach einem starken Erbrechen Convulsionen, erst tonische Steifheit des ganzen Körpers, dann clonische Zuckungen in den Extremitäten, Zähneknirschen, Zungenbiss und involuntäre Entleerung des Urins. Zwischen den Anfällen war er Anfangs bei Bewusstsein, aber später soporös. Am Tage der Ankunft hatte er keine Convulsionen gehabt und war nach und nach in den beschriebenen Zustand von Verwirrtheit verfallen. Im Laufe der folgenden Woche wurde er nach

[1]) vide *Campbell-Clark*, Aetiology etc. of puerperal insanity. Journal of mental science. July 1887. p. 171 und *Ivanof*, Contribution à l'étiologie de la folie puerperale. Ann. méd.-psych. Mars-avril 1893. p. 173.

Digitized by Google

und nach ruhiger, aber behielt trotz Behandlung mit Jodkalium und Schmierkuren sein verwirrtes Wesen, er zeigte keine objectiven Symptome und sowohl Temperatur wie Diurese waren normal. Die Albuminmenge im Urin stieg nicht über $^3/_4$ ‰ Esbach; die Functionen waren in Ordnung.

28. October giebt er an, Schwindel zu haben, nicht nur wenn er aus dem Bett steigt, sondern auch im Bette.

Die folgenden Tage aber wurde er immer mehr und mehr unruhig und verwirrt und bekam nach und nach ein vollständig stuporöses Aussehen, er äusserte, er sei krank geworden, weil er gegen Gott gesündigt habe, indem er getrunken habe und dies sei die Strafe; er musste zuletzt gefüttert und zu allem aufgefordert werden, des Nachts schlief er trotz Narcotica nur wenig. Wegen eines Zahngeschwüres wurden die Schmierkuren seponirt. Der Urin war damals ohne Albumin. So war sein Zustand bis zum 8. Mai, wo er wieder anfing an Erbrechen zu leiden. Diese waren häufige, copiöse und alimentäre. Die Zunge war belegt. Er war fortwährend gleichgiltig, lag still und unwirksam, begann wieder über Schwindel zu klagen und taumelte herum wie ein Betrunkener, wenn er aus dem Bette kam.

Bei einer Untersuchung des Mageninhaltes nach vorher eingenommener Probemahlzeit zeigte sich eine sehr starke Salzsäurereaction, und indem man das Jodkalium seponirte, wurde eine passende leichte Diät (Milch und Zwieback) ordinirt; sowie auch Pulvis bicarbonati natrici einen Theelöffel voll 3 mal täglich und Carlsbader Salz des Morgens.

Die Folge davon war, dass das Erbrechen augenblicklich aufhörte und der Schwindel im Laufe einiger Tage gleichzeitig mit dem cerebellaren taumelnden Gang; er erholte sich Tag für Tag und erwachte in psychischer Hinsicht, er wurde immer lebhafter und bewusst, begann sich für seine Umgebung zu interessiren. Nach einigen Wochen war er psychisch vollständig normal, mit Ausnahme einer unbedeutenden Trägheit. Man begann nun mit einer mehr complicirten Kost und verringerte gleichzeitig die Quantität des Sodapulvers. Als er am 17. Juni entlassen wurde, konnte er leichtes Fleisch vertragen und er bekam nur einen Theelöffel Sodapulver täglich. Er war andauernd natürlich sowohl in seinem Wesen wie im Gesprächen und auch die Trägheit war verschwunden. Sowohl der Urin wie Appetit und Entleerung natürlich.

Man bat ihn gleich wieder ins Spital zu kommen, sobald er sich unwohl fühle, aber bis jetzt, 13 Monate nach seiner Entlassung, haben wir noch nichts von ihm gehört.

Wenn man in kurzen Zügen wiederholen soll, warum es sich bei diesem Falle handelt, so ist der Zusammenhang folgender:

Ein gesunder Mann, weder hereditär disponirt noch Syphilitiker oder Alkoholist, bekommt einen Magenkatarrh, der häufig im Laufe einiger Jahre von sich hören lässt. Dieser verschlimmert sich, verursacht eine Autointoxication erst leichterer Art, die aber

Digitized by Google

dann intensiver wird und zuletzt in Convulsionen culminirt. Unmittelbar hierauf entwickelt sich dann eine hallucinatorische Verwirrtheit, die Anfangs ein maniakalisches Aussehen, später aber ein stuporöses bekommt. Diese Psychose dauert an bis eine directe Behandlung des Magenleidens angewendet wird, und gleichzeitig mit der Besserung dieses, tritt auch eine Besserung des psychischen Zustandes ein. Dass die Besserung eine Folge der Therapie ist, geht deutlich daraus hervor, dass die mehr greifbaren Symptome einer Gehirnintoxication, der Schwindel und der taumelnde Gang, gleichzeitig verschwinden.

Krankengeschichte No. 8. Colitis et Proctitis ulcerosa = Autointoxications-Psychose.

J. B., 43jähriger, verheiratheter Glaser, kam ins Spital am 10. September 1892, starb am 3. October 1892. Keine neuropathische Disposition. Er ist ein gut begabter, tüchtiger Arbeiter gewesen. Vor 3 und 2 Jahren hatte er Lungenentzündungen, die letzte war von leichten psychischen Störungen gefolgt. Er hat durchschnittlich nur ein halbes Seidel Branntwein im Tage genossen. Die letzten Jahre bot er das Bild einer chronischen Bronchitis. Im letzten halben Jahre hat er sich im Ganzen geschwächt gefühlt, konnte nur schwer auf den Beinen stehen und lag oft zu Bette. Er litt auch oft an Diarrhoe. Vor 4 Tagen wurde er plötzlich unwohl, verwirrt, sprach verworrenes Zeug und hatte Hallucinationen (er sah überall seine Kinder).

Bei seiner Ankunft, sowie auch während seines unverhältnissmässig langen Aufenthalts im Spital, bot er das Bild einer vollständigen Verwirrtheit. Er lag vollständig ohne Rapport mit der Aussenwelt, seine murmelnde Rede war ganz unzusammenhängend und ins Blaue hinein, er lag gewöhnlich mit tastenden befühlenden Handbewegungen, war bald ganz stumpf, bald lärmend und schreiend, ängstlich in Folge der Hallucinationen. Er musste gefüttert werden und war vollständig unreinlich. Der Urin musste oft mit Katheter genommen werden. Die Entleerungen kamen häufig und waren dünn, blutig, schleimig und übelriechend. Ausserdem bot er folgende objective Symptome. Ungleiche (linke > rechte) aber natürlich reagirende Pupillen, stotternde Sprache, starke fibrilläre Zuckungen im Gesicht und der Zunge. Sonst fand man nichts Besonderes, und hauptsächlich keine motorische, sensitive oder reflectorische Störungen, und absolut keine meningitischen oder typhoiden Symptome. Sein Habitus war nicht potatorisch. Temperatur war die ersten 14 Tage normal, später stieg sie ein wenig, indem sich gleichzeitig eine leichte Cystitis entwickelte. Nach und nach verfiel er in einen Delirium acutum ähnlichen Zustand der Verwirrtheit und starb noch mehr entkräftet am 3. October.

Sectionsdiagnose: Colitis et Proctitis chronica ulcerosa — Anaemia

Digitized by Google

cerebri l. gr. Atrophia myocardii. Dilatatio cordis. Bronchiectasia lob. inf. pulm. sin. Hyperplasia lienis Adipositas hepatis. Catarrhus ventriculi. Cystitis.

Aus dem Protocoll entnommen: Das Gehirn ein wenig anämisch, aber sonst nicht abnorm.

Die Ventrikelschleimhäute geschwollen, ecchymosirt und pigmentirt. Der Dickdarm stark dilatirt, die Schleimhaut verdünnt, stark injicirt, an einzelnen Stellen geschwollen und mit Gruppen oberflächlicher, zackiger, ausgefranster Wunden bedeckt, dasselbe ist im S romanum und im Colon transversum der Fall. Der Mastdarm ist stark dilatirt, die Schleimhaut bedeutend geschwollen und injicirt, mit einer Menge oberflächlicher Wunden bedeckt, deren grösster Diameter transversal ist und deren Ränder ausgefranst sind, einige von ihnen haben in der Mitte eine nekrotische Kruste. Die Blasenschleimhaut ist geschwollen, injicirt und ecchymosirt; eine nur geringe Dilatation und keine Hypertrophie des Gewebes. Der unterste Lappen der linken Lunge ist verwachsen und man findet dort eine diffuse cylindrische Erweiterung der Bronchien, deren Schleimhäute injicirt sind.

Vide sonst die Sectionsdiagnose.

Es könnte vielleicht in diesem Falle näher liegen, eine alkoholistische Psychose anzunehmen, als eine durch das Gedärmleiden hervorgerufene Autointoxications-Psychose, die besprochene Schwäche in den Beinen und die bei der Section gefundene Fettleber könnte ja darauf hinweisen, aber das ganze Krankheitsbild, dessen Verlauf und Ende mit Delirium acutum, scheint mir ganz dagegen zu sprechen. Andrerseits fehlt der positive Beweis dafür, dass die Psychose durch das Gedärmleiden hervorgerufen wurde, da es nicht versucht worden ist, welche Folgen eine rationelle Behandlung desselben für das Gehirnleiden gehabt hätte. Dass dies aber nicht geschah, liegt nur darin, dass die Heftigkeit der Psychose ganz die Aufmerksamkeit von dem Gedärmleiden ableitete, so dass wir eigentlich erst durch die Section die Lösung der Frage, worin die Ursache der Psychose zu suchen sei, fanden, was nicht gelungen war so lange der Patient lebte.

IV. Autointoxications-Psychosen und Herzkrankheiten, sowie andere mit Cyanose verbundene Leiden.

Die venöse Hyperämie, die wir so oft bei herzkranken Patienten treffen, muss natürlich auch auf die Ernährung[1]) der Gehirn-

[1]) vide *v. Norden*, Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin 1893. p. 310—13.

Digitized by Google

zellen unglücklich einwirken können, und wir treffen daher auch oft solche Patienten schläfrig und ausser Stande ihre Gedanken zu sammeln, sich zu besinnen, sie sind sogar auch ab und zu unklar und verwirrt. In den psychiatrischen Handbüchern finden wir auch in der Regel angeführt[1]), dass sich sogar wirkliche Psychosen bei Individuen mit Herzkrankheiten entwickeln können, als Folge der venösen Hyperämie. Die Psychosen äussern sich bald als Melancholie, die dann als eine weitere Entwickelung des Angstgefühles, das die Dyspnoe hervorruft, aufzufassen ist, und bald als Manie. Da solche Psychosen also wirklich von Autointoxicationen herrühren, die von durch Blutvergiftung hervorgerufenen organischen Leiden stammen, finde ich, dass diese auch hier am Platze sind, wenn von Autointoxications-Psychosen die Rede ist. Selbstverständlich gilt dasselbe auch von jenen Psychosen, die die Folge einer Cyanose anderen Ursprungs sind und zwar eines chronischen Emphysems, oder mehr acut entstandener Erstickungszustände durch Erhängen oder Ertrinken. Solche Psychosen zu beobachten, haben wir nicht selten Gelegenheit auf unserer Abtheilung, und finde ich, dass es von Bedeutung für das Verstehen der Pathogenese dieser Psychosen ist, dass alle die Fälle, die ich persönlich beobachtet habe, ohne Ausnahme das Bild einer acuten Verwirrtheit dargeboten haben.

Aus Furcht ermüdend zu werden, will ich mich aber nur auf die Mittheilung von ein Paar einzelnen Krankengeschichten beschränken, die eine Illustration für diese Art von Psychosen sind.

Der erste Fall ist ein Beispiel einer Autointoxications-Psychose als Folge eines Morbus cordis.

Krankengeschichte No. 9. Morbus cordis, stuporöse Verwirrtheit. V. R., 19jähriges Mädchen. Kam an die Nervenabtheilung des Spitals am 12. December 1892 und wurde am 9. März 1893 wieder entlassen. Sie lag seit dem 2. September auf der medicinischen Abtheilung, wo sie wegen Morbus cordis behandelt wurde.

Im Juli 1890 hatte sie Febris rheumatica und im Laufe des darauf folgenden Winters Herzsymptome. Im März 1891 wurde sie an der medicinischen Abtheilung wegen Morbus cordis behandelt, und jetzt wurde die Behandlung durch beinahe 3 Monate wiederholt, sie hatte noch ausserdem

[1]) z. B. *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie. V. Auflage. 1893. p. 196.

Digitized by Google

Anasarka, Ascites, Albuminurie und einen Lungeninfarkt. In Folge der Behandlung mit Digitalis haben sich die Zustände nur theilweise gebessert. Gleichzeitig hat man aber eine Veränderung in dem psychischen Habitus bemerkt. Nachdem sie nämlich einige Tage hindurch verwirrt war, ist sie in einen stumpfen stuporähnlichen Zustand verfallen, der nur ab und zu durch Unruhe unterbrochen wurde. Hierauf wurde sie an die Nervenabtheilung gebracht. Hier constatirt man einen sehr ausgesprochenen Morbus cordis (Mitralfehler, Synechiae pericardii). Bedeutende Cyanose des Gesichtes. Bei der Ophthalmoskopie findet man auch die Venen etwas erweitert. Temperatur normal. Puls 100, schwach und unregelmässig. Diurese ca. 1100, specifisches Gewicht 1012.

Ab und zu Anfälle von Dyspnoe, Spuren von Ascites, der Urin ohne Albumin. Sie ist vollständig apathisch, beinahe stuporös, muss gefüttert werden. Sie antwortet sehr träge und scheint vollständig unbekannt mit der Ursache ihres Aufenhalts an der medicinischen Abtheilung, kennt weder die Namen der dortigen Aerzte und Pflegerinnen, noch weiss sie, wie lange sie dort gewesen ist. Sie verbleibt einige Zeit hindurch in ganz demselben Zustand und bietet das Bild einer stuporösen Apathie dar, sie liegt mit starker Cyanose, gläsernem, stierem Blick und kataleptischer Steifheit. Temperatur normal. $\frac{\text{D. } 4-500}{1028-30}$.

Am 17. December schien sie ein wenig mittheilsamer, aber hatte Hallucinationen. Sonst verblieb sie in dem stuporösen Zustand einige Zeit hindurch, und sie musste nicht nur genährt und soignirt, sondern auch katheterisirt werden. Die kataleptische Steifheit löste sich nach und nach in eine Flexibilitas cerea auf, sie wurde vollständig stumm. Die objectiven Symptome verblieben unverändert.

Erst von Anfangs Januar an trat bei dem Gebrauch von Digitalis eine Besserung ein, sie wurde lebhafter, ass selbst, entleerte den Urin spontan und gab die Stummheit auf. Die Besserung in psychischer Hinsicht hielt an und schritt sogar langsam und gleichmässig vorwärts, gleichzeitig nahm die Cyanose ab, der Puls wurde kräftiger und langsamer und die Diurese nahm zu. Anfangs Februar war die Cyanose vollständig geschwunden, sie war aber noch sehr träge und auch ein wenig schwermüthig. Mitte Februar stand sie auf, war aber noch bei der Entlassung, am 9. März, psychisch etwas träge.

Bei diesem Falle glaube ich denn, dass es das krankhaft veränderte Blut ist, das direct auf das Gehirn einwirkt und die Psychose bewirkt. Dass dies der Fall ist, geht nicht allein aus dem Krankheitsverlauf hervor, sondern findet auch einen, wie ich denke deutlichen Beweis, in dem folgenden Falle. Denn hier haben wir mit einer Psychose zu thun, die nach einer acut entstandenen Cyanose aufgetreten ist. Die Cyanose wurde durch einen Erträn-

Digitized by Google

kungsversuch bei einer früher ganz gesunden Person hervorgerufen.

Krankengeschichte No. 10. Tentamen suicidii per submersionem. Cyanosis vehemens. Acute stuporöse Verwirrtheit, die in eine acute Demenz übergeht.

A. A., 35jährige, unverheirathete Dampfschiffsmamsell. Kam ins Spital am 28. März 1893, wurde am 25. Mai 1893 an die Landesirrenanstalt überführt.

Die Patientin wurde um 12½ Uhr des Nachts von einem Sicherheitswachmann gebracht, der sie kurz vorher aus dem Wasser gezogen hatte. Sie war scheinbar leblos als sie aus dem Wasser kam, kam aber bald darauf zum Bewusstsein. Sie war bei der Ankunft kühl und sehr cyanotisch, lag stöhnend und klagend mit einem sehr schwachen Puls und röchelnder Respiration. Temp. 35,7.

28. März. Temp. 38,4. Der Puls ist jetzt kräftiger, sie hat im Laufe der Nacht verschiedene Stimulantia bekommen, und ist jetzt erwärmt, aber fortwährend ungewöhnlich stark cyanotisch; die Wangen, Zunge, Lippen sind ganz blau. Sie jammert in einem fort; die Respiration ist röchelnd, der Urin normal.

29. März. Temp. $\frac{38,9}{38,2}$. Puls 108, kräftig. Respiration 36. Zunge belegt. Hat sich auch weiter bei dem Gebrauch von Incitantia gut erholt und viel geschlafen. Natürliche Entleerung. Die Gesichtsfarbe fortwährend violett. In der linken Conjunctiva bemerkt man nun einen bedeutenderen Blutaustritt, Ophthalmoskopie natürlich. Sie fühlt heute Stechen in der rechten Brustseite und am untersten Theil der rechten Lunge findet man leichte bronchopneumonische Symptome; sie ist jetzt in psychischer Hinsicht ein wenig lebhafter, etwas mehr mittheilsam, aber doch sehr torpid. Sie sagt, ihr habe früher nie etwas gefehlt und dass das Motiv ihres Selbstmordversuches Geldsorgen gewesen sei; sie habe plötzlich an demselben Nachmittag ohne nähere Ueberlegung die Idee bekommen, sich zu ertränken, früher habe sie nie daran gedacht. Genauere Aufklärungen kann man vorläufig nicht erhalten, da die Patientin sehr träg ist.

30. März. Temp. $\frac{38,7}{37,9}$. 31. März. Temp. $\frac{38,1}{37,6}$. 1. April. Temp. $\frac{38,2}{37,6}$.

3. April. Temp. $\frac{37,7}{37,8}$. Stethoskopie heute normal. Während der Untersuchung macht sie eine kleine Scene, weint und versichert, dass ihr nichts fehle. Sie ist noch immer stumpf und eingeschlossen, das Gesicht nicht mehr cyanotisch.

4. April. Die letzten Tage hat sie ab und zu einen sehr verwirrten Eindruck gemacht. Gestern bei der Brustuntersuchung frug sie plötzlich „was wollt Ihr doch mit mir machen?“ Sie war auch etwas unsicher in der Angabe ihrer Taufnamen und bewahrt im Ganzen ihre Stupidität. Sie isst und schläft.

Digitized by Google

8. April. Sie wird immer mehr und mehr verwirrt. Gestern Abend stand sie auf und wollte fort, es sei ein Unsinn, dass sie im Spitale ist.

10. April. Sie wird immer mehr und mehr apathisch. Gestern wollte sie nicht essen. Sie weiss nicht, wo sie ist und will nach Hause, verlangt aber alles ganz leidenschaftslos.

12. April. Sie bewahrt auch weiter ihr apathisches Wesen, und behält heute durch einige Zeit die gezwungenen Stellungen bei, in die man ihre Arme versetzt, ohne aber völlig kataleptisch zu sein. Sie muss öfters zum Essen aufgefordert werden, braucht aber doch nicht genährt zu werden. Sie liegt ganz still, spricht mit niemand, und zeigt keine Lust, irgend etwas zu thun. Sie antwortet richtig, aber nur mit wenig Worten auf alle Fragen. Ihre Antworten sind immer zweifelnd, wie z. B. „Ist dies nicht das Commenehospital? Sind Sie nicht Arzt?“ u. s. w. Sie hat gar keine Vorstellung, wie lange Zeit sie hier ist; sie scheint aber die Ursache ihres Hierseins genau zu wissen. Sie erinnert sich, dass es des Abends war, als sie sich ertränken wollte, aber nicht wo sie den Versuch machte. Das Motiv, behauptet sie andauernd, sei Geldsorgen gewesen. Der Selbstmordgedanke sei ihr, sagt sie auch heute, erst am selben Nachmittag gekommen, sie habe früher nie daran gedacht, noch sich niedergedrückt oder geistig krank gefühlt. Sie leugnet neuropathische Disposition. Sie erzählt dies alles mit vollständig eintöniger leidenschaftsloser Stimme und ohne, dass sich in ihrer Mimik der geringste Affect äussert. Ihr Gesichtsausdruck ist ganz stillestehend. Extra lectum.

15. April. Sie bewahrt auch ausser Bett die starke Apathie, sitzt still auf einem und demselben Stuhl, stiert ins Weite, die Hände im Schooss, ohne zu sprechen oder sich zu beschäftigen.

17. April. Sie fängt an zu erwachen, lächelt ab und zu und hat angefangen ein wenig zu stricken.

19. April. Sie wird immer lebhafter, trinkt fleissig, ist aber doch noch immer schweigsam und wenig mittheilsam, weiss nicht was ihr fehlt und verlangt entlassen zu werden.

6. Mai. In der letzten Zeit kein Fortschritt; sie ist andauernd apathisch und wiederholt stereotyp, wenn sie einen Arzt sieht: „darf ich entlassen werden“.

25. Mai. Da auch weiter keine Besserung eintritt, wird sie in die Landesirrenanstalt überführt.

Durch die Liebenswürdigkeit von Prof. *Rohmel*, dem Primararzt an der Landesirrenanstalt bin ich im Stande, noch hinzufügen zu können: Sie wurde am 6. December 1893 nach Schweden in ihre Heimath geschickt, wesentlich in demselben leicht umnebelten Zustande, ohne Erkenntniss von Zeit, Ort und Umgebung; sie war schweigsam, mit einem freundlichen fragenden Gesichtsausdruck, ängstlich bei einem jeden Ereigniss, das ausserhalb der täglichen Begebenheiten eintrat, unwirksam, und wohl auch hallucinirt.

Digitized by Google

Wir haben jetzt die am häufigsten vorkommenden und zugleich die wichtigsten Autointoxicationen besprochen und bei allen haben wir bewiesen, dass sie unter gewissen Verhältnissen psychische Störungen hervorrufen können.

Es liegt daher nahe, anzunehmen, dass auch andere Leiden die eine Autointoxication des Organismus bewirken, Psychosen hervorrufen können, wie z. B. Leiden der Glandula thyreoidea. Psychische Störungen bei Myxödem kommen ja auch vor und gerade in der letzten Zeit habe ich Gelegenheit gehabt einen Fall von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit zu beobachten, der sich bei einem Patienten mit beginnendem Myxödem entwickelte. Aber da Miseries vielleicht in demselben Grade den Anstoss zur Psychose gegeben hat, wollte ich den Fall hier nicht anführen. Auch während des Verlaufs von Morbus Basedowii können wir acute hallucinatorische Verwirrtheit antreffen, wovon *Friedrich Müller*[1]) uns vor kurzem sehr schöne Beispiele mitgetheilt hat.

Auf Grundlage des hier Mitgetheilten glaube ich berechtigt zu sein zu sagen, dass Autointoxicationen wirklich Geisteskrankheiten hervorrufen können, und dass wir, wo dies der Fall ist, immer dasselbe Bild finden werden, nämlich die acute Verwirrtheit in einer ihrer vielartigen Gestalten. Es kann uns nicht wundern, dass wir gerade diese Geistesstörung antreffen, wir hätten sogar im voraus sagen können, es müsse diese, und keine andere sein. Denn wo immer wir mit toxischen Psychosen zu thun haben, sei das toxische Agens chemischen oder organischen Ursprunges, so treffen wir immer dieselbe Krankheitsform. Die Antointoxications-Psychosen sind also sowohl auf Grundlage ihrer Aetiologie als auch wegen ihres klinischen Bildes als eine Unterabtheilung der toxischen Psychosen aufzufassen, die in drei Gruppen eingetheilt werden können. I. Die Psychosen die auf einer Vergiftung mit einem chemischen Stoff beruhen (wie z. B. Alkohol), II. Infectionspsychosen, III. Autointoxications-Psychosen. Aber, sagt schliesslich vielleicht Jemand, ist diese ganze Auseinandersetzung auch nothwendig gewesen, um die gut bekannte alte Thatsache von Neuem zu constatiren, dass organische Leiden, selbst wenn sie ihren Sitz

[1]) Beiträge zur Kenntniss der *Basedow*'schen Krankheit. Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 1893. 4 u. 5, S. 336.

Digitized by Google

ausserhalb des Gehirns haben, Geisteskrankheiten hervorrufen können! Das weis man ja schon seit den Tagen *Aristoteles*. Hierauf kann ich nur antworten: Es ist gar nicht meine Absicht gewesen mich darauf zu beschränken den Zusammenhang zwischen organischem Leiden und Geisteskrankheit festzustellen, ich wollte aber gleichzeitig und zwar hauptsächlich eine genügende Erklärung für dieses Verhältniss finden, denn eine solche hat man nie früher gehabt.

Bis in die allerneueste Zeit hat man sich mit der Annahme begnügt, dass das organische Leiden entweder auf „sympathischem" oder „reflectorischem Wege" eine Psychose hervorruft.

Aber „sympathisch" und „reflectorisch" sind in dieser Verbindung nur unklare Begriffe, die in der Wirklichkeit nichts bedeuten und die, wie ich hoffe, jetzt durch die mehr rationell begründete Autointoxicationstheorie verdrängt worden sind.

Zuletzt will ich nur noch Herrn Professor *Pontoppidan* meinen Dank bringen, weil er mir mit gewohnter Liberalität das Material der Abtheilung zur Verfügung gestellt hat.

Digitized by Google

Versuch über die bei Besuchen Geisteskranker in Irrenanstalten in Frage kommenden allgemeinen Gesichtspunkte.[1])

Von

Dr. **K. Dittmar**-Saargemünd.

Es ist mir mit Herrn Geheimrath Dr. *Schüle* die Aufgabe zugefallen, dem Vereine Bericht zu erstatten über die Gesichtspunkte, die den Irrenanstaltsarzt inbetreff der Besuche leiten sollen, welche solche Personen, die dem Personale der Anstalt nicht angehören, bei deren geisteskranken Insassen machen.

Nach Uebereinkunft mit dem Herrn Correferenten beschränke ich mich im Nachfolgenden auf die Erörterung der allgemeinen Gesichtspunkte, die hier in Frage kommen können, während Herr Geheimrath *Schüle* sich vorbehalten hat, die Modificationen darzulegen, welche diese Gesichtspunkte bei verschiedenen Einzelformen und -Fällen psychischer Erkrankung erleiden.

Ich muss für das Nachfolgende aus zwei Gründen um Ihre Nachsicht bitten.

Der eine Grund ergiebt sich aus der Natur des Gegenstandes selbst. Die ungeheuere Verschiedenheit und Mannigfaltigkeit der Fälle, die hier thatsächlich vorkommen, macht es sehr schwer, aus ihnen jene Regeln zu abstrahiren, nach denen der Tact des erfahrenen Irrenarztes bei seinen bezüglichen Entscheidungen und Anordnungen unbewusst verfährt. —

Dieser Umstand könnte den Berichterstatter in der Frage dazu verführen, sich die Sache durch Voranstellung von Grundsätzen zu vereinfachen, denen sich dann das Verhalten des Irrenarztes im Einzelfall zu fügen hätte. Ich möchte dieser Versuchung nach

[1]) Vortrag im südwestdeutschen Verein zu Carlsruhe am 11. November 1893. Vergl. S. 221.

Digitized by Google

Thunlichkeit aus dem Wege gehen. Jeder andere Grundsatz als der, dass die suprema lex die salus patientis sein soll — welchen wir, wenn er heilbar ist, zur möglichst raschen, vollständigen und dauernden Genesung bringen und dem wir, wenn er unheilbar ist, das grösstmögliche Maass geistiger und gemüthlicher, sowie körperlicher Leistungsfähigkeit sichern sollen, — jeder andere Grundsatz, sage ich, birgt nur zu sehr die Gefahr in sich, das Resultat all' jener, den feineren Eigenthümlichkeiten des Einzelfalls nachgehenden Erwägungen des Irrenarztes störend, ja selbst verkrüppelnd zu beeinflussen. Ich brauche zur Erläuterung dieses Bedenkens nur an die Erfahrungen zu erinnern, welche die Anstaltsärzte, die nicht in der Verehrung der Schablone aufgehen, — bei der sich zu beruhigen ja allerdings bequem ist — mit dem Grundsatze des sog. absoluten No-restraint gemacht haben! — Wie jener von uns zugelassene einzige Grundsatz eine Berücksichtigung nicht nur des jeweiligen Zustandes des Patienten, sondern auch seiner Angehörigen und seiner Umgebung in der Anstalt, sowie der letzteren selber fordert, werden unsere weiteren Betrachtungen darthun.

Aus diesen in der Natur des Gegenstandes begründeten Schwierigkeiten mag sich die Erscheinung erklären — und sie bildet den zweiten Grund, der mich um Nachsicht bitten lässt — dass nämlich über die uns beschäftigende Frage keine Vorarbeiten in der Literatur zu finden sind. Wenigstens ist mir selber keine solche bekannt geworden. Nur in dem XVI. Jahresbericht des Hilfsvereins für arme Irre im Kanton Luzern hat der Director Dr. ***Lisibach*** in einem sehr guten, populär gehaltenen Vortrage „Ueber das Verhalten der Angehörigen gegenüber Geisteskranken" einen kleinen Abschnitt dem mündlichen Verkehr Angehöriger mit den Insassen der Irrenanstalt bei Besuchen gewidmet. Die daselbst — für Laien — gegebenen Winke sind recht verständig, wenn sie auch die Sache natürlich in keiner Weise erschöpfen. Der wichtigste Wink, den ***Lisibach*** für Nichtärzte giebt, bleibt immer der, dass sie sich bei den Besuchen „wegen der Zeit ihrer Ausführung, ihrer Dauer, ihrer Art, über allfällig zu machende Mittheilungen unbedingt nach der Erlaubniss und Anordnung des Arztes richten sollen, der allein beurtheilen kann, wie die Besuche im einzelnen Falle wirken werden".

Also nicht um Grundsätze kann es sich handeln, sondern

Digitized by Google

allerhöchstens um die Regeln, mit deren Befolgung der Irrenarzt in der Besuchsfrage dem Interesse seiner Patienten gerecht zu werden pflegt. Es bedarf kaum eines Hinweises, dass von diesen Regeln, die eben keine Gesetze sind, aus eben diesem Interesse zahlreiche Ausnahmen Platz greifen müssen, und ich bin von vornherein überzeugt, dass die anwesenden Herren Collegen, wie sie die Regeln, nach denen sie ja immer gehandelt, für selbstverständlich erachten werden, mir mindestens ebenso viele Fälle, als ich deren selber kenne, vorzuführen vermögen, auf welche dieselben keine Anwendung finden.

Zu einem Besuche nun gehören bekanntlich stets zwei Menschen, durch deren Wechselwirkung dessen Resultat bedingt ist, der Besuchende und der Besuchte.

Ich will im Nachfolgenden die Eignung des ersteren, zum Besuche des Patienten zugelassen zu werden, und des letzteren, solchen zu empfangen, einer wesentlich die generellen Gesichtspunkte im Auge haltenden Untersuchung unterziehen und intercurrent die wichtigsten beim Besuche noch ausserdem in Frage kommenden Umstände und Bedingungen zur Erörterung bringen.

Wir wenden unser Augenmerk zunächst den Besuchenden zu.

Wer im Allgemeinen dürfen oder sollen sie sein?

Diese Frage wird von verschiedenen Irrenärzten sehr verschieden beantwortet.

Gewiss soll und wird man nicht Jedermann zulassen. Es würde das ohne weiteres dem Internirungszwecke zuwider laufen, für den die Anstalt da ist und den auch ein weitgehendes open-door-System immer noch verfolgt und verfolgen muss.

Wenn man aber der Ansicht ist, dass die Internirung in der Anstalt fast immer ein Uebel darstellt — ein nothwendiges und wohlthätiges zwar, aber immerhin ein Uebel — dann wird man dasselbe soweit als möglich zu lindern suchen und die Frage lieber so stellen: „Wer soll nicht zum Besuche der Anstaltspatienten zugelassen werden?“

In der That lehrt die Erfahrung, dass es unseren Kranken im Allgemeinen nur wohlthut, wenn sie empfinden und sehen, dass sie im Asyle für die Aussenwelt nicht gestorben und begra-

Digitized by Google

ben sind, dass diese — auch die fernerstehende — vielmehr an ihrer Existenz und ihrem Ergehen in der Anstalt ein aufrichtiges und reges Interesse nimmt. Wie viel mehr sich die Kranken auf und über ein Fest mit geladenen Gästen freuen, als über ein sogenanntes internes, auch wenn es bei dem letzteren noch so hoch hergeht, ist bekannt. Und so hat es denn auch im Grossen und Ganzen weder Bedenken noch Nachtheil, wenn man auch den einzelnen Kranken, dessen Zustand es gestattet, von all' denen besuchen lässt, die ein vernünftiges und loyales Interesse an ihm und seinem Ergehen nehmen, und nur diejenigen von dessen Besuche ausschliesst, die ohne ein solches Zulassung begehren. Ich habe gefunden, dass dies Interesse sich in den meisten Fällen von vornherein auch die Befolgung der Winke angelegen sein lässt, die der Anstaltsarzt für den Verkehr mit dem Kranken giebt. — Es zeigt sich sogar, dass der

Einfluss des Verkehrs Fernerstehender mit dem Kranken

oft günstiger ist, als der Angehöriger. Hoheit und Würde und damit den Respect entfernt bekanntlich die Vertraulichkeit und der Ton zänkischer Rechthaberei, in welchem die Mitglieder einer und derselben Familie (wie so häufig) schon vor — oder vielleicht auch erst nach — der Erkrankung des Patienten mit einander verkehrt hatten, stellt sich bei ihrer Wiederzusammenkunft in der Anstalt nur allzuleicht wieder ein. Dazu kommt, dass die krankhaften Ideen des Patienten häufig direct oder indirect mit den Personen verknüpft sind, die ihn bei seiner Erkrankung umgaben und dass deshalb der Besuch gerade dieser Personen nicht selten seine vielleicht schon im Verblassen begriffenen Wahnideen wieder aufleben lässt und seine krankhaften Empfindungen von Hass, Reue oder dgl. nur neu aufwühlt.

Dem gegenüber hat wohl Jeder von uns die Erfahrung gemacht, welch' wohlthätigen Einfluss auf den Patienten der Besuch ihm bis dahin fernstehender, von ihm unabhängiger Personen haben kann, zumal wenn eine öftere Wiederholung des Verkehrs zum Respect vor dem Besucher auch die Zuneigung zu ihm treten lässt. Zu dieser Wiederholung sind freilich fast nur die in der Anstalt wohnenden Mitglieder von Beamtenfamilien im Stande und ich kenne mehr als eine unter den deutschen Anstalten — staatlichen wie

Digitized by Google

privaten — die ihren Ruf dem wohlthätigen Einfluss eines Mitgliedes ihrer Beamtencolonie verdankt, das sich in humaner und uneigennütziger Weise den Besuch der Kranken und zugleich Gefangenen angelegen sein lässt. Es versteht sich von selbst, dass diese Praxis nicht nur der Unterstützung, sondern dass sie auch der fortlaufenden Controle seitens der Aerzte bedarf, soll es nicht trotz der guten Absichten solcher Besucher zu Schädigungen einzelner Patienten, ja zu Unfug kommen, wie mir selber solcher vorgekommen ist.

In ähnlicher Weise können, wie die Besuche des Anstaltsgeistlichen, so die des Geistlichen der Heimatsgemeinde des Patienten von wohlthätiger Wirkung sein. Wir erfahren dies öfters in unserem katholischen Lothringen, wo sich die Geistlichen ihrer Gemeindeglieder auch während deren Internirung in der Anstalt annehmen. Und zwar erstreckt sich diese wohlthätige Wirkung nicht blos auf den Kranken, sondern auch auf dessen Angehörige, deren Verhalten zum Kranken oder zur Anstalt sich durch den Geistlichen oft viel besser beeinflussen lässt, als es der Anstaltsarzt selber vermag.

Dass es bei Geistlichen mit ihrer von der ärztlichen in der Regel abweichenden Anschauung von der Natur und Behandlung der Geistesstörung meist besonderer und sorgfältiger Instruirung vor dem Besuche bedarf, ist bekannt. Ich habe indess meine Wünsche von denselben nur ganz ausnahmsweise nicht befolgen sehen.

Auszuschliessen wären also, wie gesagt, von dem Besuche unserer Pfleglinge nur die — aber auch alle die —, welche kein loyales und vernünftiges Interesse für deren Ergehen in die Anstalt führt. Indess selbst diese Regel hat ihre Ausnahmen! Das bei uns gültige französische Gesetz z. B. berechtigt, ja verpflichtet eine ganze Anzahl von Personen in öffentlicher Stellung, die Anstalt zu besichtigen und die Beschwerden ihrer Insassen entgegenzunehmen, um dieselben zu untersuchen oder untersuchen zu lassen, ohne dass es dazu der Erlaubniss oder auch nur des Vorwissens der Aerzte oder der Direction bedarf. Hier liegt gewiss ein loyales — mindestens ein sehr legitimes Interesse am Ergehen der Patienten vor. Ob auch in allen Fällen ein vernünftiges — mag dahin gestellt bleiben! — Dass in anderen Staaten noch weitergehende Beschränkungen des Entscheidungsrechts

Digitized by Google

der Anstaltsärzte über die Zulassung von Besuchen bestehen, ist bekannt, kann uns aber hier nicht weiter beschäftigen.

Dagegen haben wir es in der Hand, alle Neugierigen abzuweisen, denen es bei ihren Besuchen bei Patienten wesentlich um Material zum Klatsch zu thun ist, vor Allem aber die Zulassung zu unseren Kranken denen zu verweigern, welche dieselbe aus einem geradezu unvernünftigen oder illoyalen Interesse von uns verlangen. Aus der grossen Mannigfaltigkeit der hier vorkommenden Fälle sei nur jene verhältnissmässig zahlreiche Gruppe hervorgehoben, wo es dem Besuchenden, der sich natürlich unter einem höchst berechtigt erscheinenden Vorgeben einführt, lediglich darum zu thun ist, sich durch den Augenschein die Bestätigung seiner Vermuthung oder Ueberzeugung zu holen, dass die Internirung bezw. die Belassung des Kranken in der Anstalt Seitens seiner Familie bezw. Seitens der Anstaltsdirection unnöthig oder gar widerrechtlich sei. In den Ländern, wo die Heimatgemeinden zur Tragung der Verpflegungskosten der Anstaltspfleglinge herangezogen werden, gehen nach meiner Erfahrung insbesondere ländliche Gemeindebehörden nicht selten in der Weise vor, dass sie durch den Bürgermeister oder eine sonstige geeignete Persönlichkeit eine Exploration des Zustandes des oder der auf ihre Kosten in der Anstalt verpflegten Patienten vornehmen lassen, welche — nach Bedarf wiederholt — lediglich die Einreichung einer Beschwerde an die Regierung zum Zweck hat, wenn der Director etwa dem auf den Besuch hin gestellten Entlassungsantrage keine Folgen geben sollte. In einem mir bekannten Falle hat sich sogar ein im Gemeinderathe sitzender College, dem es ein leichtes gewesen wäre, sich schriftlich oder persönlich bei uns zu informiren, an der Entsendung eines Laien zum Behufe eines solchen Explorationsbesuchs und an der auf dessen Aussagen gegründeten Beschwerde bei der Regierung wegen Zurückhaltung eines „Genesenen“ wesentlich betheiligt.

Solche Vorkommnisse mahnen zur Vorsicht und machen es verständlich, dass viele Anstaltsärzte es vorziehen, die Erlaubniss zum Besuche ihrer Patienten in dubio nur deren Angehörigen zu ertheilen. Natürlich giebt es auch Angehörige von Geisteskranken, die sich durch nichts weniger als loyale oder vernünftige Motive in die Anstalt führen lassen, und auch hier ist u. a. der

Digitized by Google

Fall nicht selten, dass es ihnen lediglich um eine Grundlage zu Vorwürfen oder zum Vorgehen gegen diejenigen Familienmitglieder oder gegen diejenige Behörde, welche die Internirung veranlasst haben, oder endlich auch gegen die Anstalt und ihre angeblichen Missstände u. dgl. zu thun ist.

Wenn wir von solchen oder ähnlichen Fällen absehen, ist das Verlangen der Angehörigen, zumal der dem Kranken näherstehenden, denselben zu sehen und sich von seinem Ergehen zu überzeugen, ein so natürliches und legitimes und es hat andererseits die Sehnsucht des Patienten nach der Aussenwelt so vorwiegend den Charakter des natürlichen Heimwehs nach den ihm durch die Bande des Bluts und durch verwandtschaftliche Liebe verbundenen Personen, dass gerade die Verwandten der Patienten die ungeheuere Mehrzahl ihrer Besucher bilden und dass eine Erörterung der uns beschäftigenden Besuchsfrage hauptsächlich und in erster Linie die

Besuche der Patienten durch ihnen Nahestehende

im Auge haben muss.

Gern wird jeder Irrenarzt dieser natürlichen Sehnsucht des Patienten nach den Seinen überall da entgegenkommen, wo kein erhebliches Bedenken gegen ihre Erfüllung vorliegt.

Wir würden indess unserer Aufgabe nicht gerecht werden, wenn wir diese Bedenken lediglich aus der nothwendigen Rücksicht auf den Krankheitszustand des Patienten schöpfen wollten.

Um unsere suprema lex, das Wohl des Patienten, richtig zu deuten und zu erfüllen, müssen wir uns klar machen, dass die Lösung unserer Aufgabe, nämlich die dauerhafte Wiederherstellung bezw. die Erhaltung seiner psychischen Kräfte eine ebenso stete als einsichtige Rücksichtnahme auch auf seine übrigen vitalen Interessen nothwendig macht. Zu diesen aber gehören nicht nur seine socialen und vermögensrechtlichen Interessen — wie oft müssen wir einen Besuch zulassen, der, obwohl aus psychiatrischen Gründen vielleicht bedenklich, eine dringend nothwendige mündliche Erkundigung oder Rücksprache eines Berufenen mit dem Kranken über dessen Vermögens- oder Berufsangelegenheiten u. dgl. zu seinem durchaus vernünftigen und loyalen Zweck hat! — es gehört zu jenen von uns wahrzunehmenden Interessen des Patien-

Digitized by Google

ten vor Allem die Rücksichtnahme auch auf seine Angehörigen, deren Wohl ja bis zu einem gewissen Grade das seinige ist. Oft macht ein aufgeregter oder psychisch in sonstiger Weise tief gestörter oder macht ein äusserlich entstellter Kranker auf diejenigen, die ihm in gesunden Tagen nahestanden, einen nicht nur betrübenden, sondern einen in hohem Grade peinlichen, ja erschütternden Eindruck, den wir denselben gerne da ersparen werden, wo keine specielle Indication den Besuch besonders wünschenswerth macht, und um so lieber ersparen werden, wenn wir eine besondere Impressionabilität oder gar — wie so häufig — eine krankhafte Disposition bei dem besuchenden Angehörigen vorauszusetzen Ursache haben.

So werden wir insbesondere auch die Impressionabilität der Kinder berücksichtigen und ihnen den Anblick bezw. das Anhören eines gestörten Verwandten, zumal eines solchen, zu dem sie in einem Respects- oder Pietätsverhältniss stehen oder stehen sollten, für den Augenblick — und die Erinnerung daran fürs Leben — thunlichst ersparen. Wie bedenklich ohnedies Kinderbesuch andererseits auf manche Kranke wirkt, werde ich später zu erörtern haben.

Wichtiger noch als die Bedenken, die aus der gebotenen Rücksicht auf das Wohl der besuchenden Angehörigen sich ergeben, sind diejenigen, welche das von ihnen zu vermuthende oder bereits an den Tag gelegte Verhalten beim Besuche selbst oder vor und nach demselben in der Anstalt wider deren Zulassung nahelegt.

Zunächst das Verhalten derselben beim Besuche selbst.

Die Mannigfaltigkeit der Unverständigkeiten, die hier auch von den in loyalster Absicht kommenden Nahestehenden vor den Patienten begangen werden, ist natürlich unaufzählbar.

Da kommen nicht wenige, die selbst nach den besten und eindringlichsten Belehrungen durch den Arzt, denen zu folgen sie sich auch vorgenommen haben, es doch nicht lassen können, dem Kranken nahezulegen oder gar vorzujammern, in welch' traurige Lage sie durch seine Internirung oder durch deren Fortsetzung versetzt sind; oder aber ihm aufregende Neuigkeiten mitzutheilen, oder — was oft noch aufregender ist — nur anzudeuten, um dann auf die Bitten des Kranken nach näherer Aufklärung sich hinter die Wünsche und Belehrungen des Arztes zu verschanzen.

Digitized by Google

— Wieder Andere können der Versuchung nicht widerstehen, dem Kranken allerlei andere Contrebande, insbesondere auch Briefe zuzustecken, oder von ihm in Empfang zu nehmen. — Und vor den Vorwürfen der Kranken wegen ihrer Internirung und ihrem Heimdrängen meinen nicht Wenige sich am besten und zweckmässigsten dadurch zu schützen, dass sie alle Schuld lediglich auf die ärztliche Anstaltsleitung schieben, welche ihrem eigenen Drängen auf Freilassung des Patienten einen unerklärlichen Widerstand entgegensetzte — oder gar, wie mir wiederholt vorgekommen: welche die Unbegreiflichkeit begangen habe, den Kranken für gemeingefährlich zu erklären u. dgl. mehr. —

Andere wieder kommen in der wohlmeinenden, aber wenig vernünftigen Absicht, dem Kranken seine Verstimmung oder seine Wahnideen einmal ordentlich auszureden, ihn anzupredigen, ihm den Kopf zurecht zu setzen u. dgl. Mir ist ein Fall unvergesslich, wo zu letzterem Behufe ein wegen seiner wirksamen Schneidigkeit in und ausserhalb der Familie bekannter höherer Militär in voller Uniform antrat, um nach geschehener Zulassung seiner melancholischen Nichte in bester Absicht eine Straf- und Busspredigt abzuhalten, die jeden Kasernenhof zum Erzittern gebracht hätte. Die Wirkung war selbstverständlich eine der erwarteten in hohem Grade entgegengesetzte und die aus diesem Grunde vom Onkel für dringend nothwendig gehaltene Wiederholung der Procedur musste dankend abgelehnt werden.

Aber auch das blosse Gebahren der Besucher — selbst bei correctem Inhalt ihrer Reden — kann ein den Patienten aufregendes, ja schädigendes sein. Vermag doch die hastige nervöse Art, mit der manche Leute Alles vorbringen, schon für einen geistig Gesunden chokant, ja unerträglich zu werden. Und wie häufig gerade unter den Angehörigen unserer Patienten solche auffallende, nervöse, abnorme Naturen sich finden, wissen wir ja. Oft genug empfindet der Patient selber deren Gebahren peinlich und dringt auf Abkürzung des Besuchs oder hält es, wie mir vorkam, sogar für angebracht, an ihnen von der Art und Weise psychischer Behandlung Gebrauch zu machen, die er sich oder Anderen gegenüber vom Arzte hatte anwenden hören: das entspricht natürlich einem vernünftigen Besuchszwecke nicht mehr!

Aber nicht blos bei, sondern auch vor und nach dem Besuch

Digitized by Google

kann, wie erwähnt, das Verhalten solcher nervösen oder moralisch defecten Angehörigen in hohem Grade fatal werden. Hier tritt auch die Rücksicht nicht nur auf den zu besuchenden Patienten, sondern auch auf dessen Umgebung, auf die Ordnung, die Ruhe, ja den Ruf der Anstalt in ihr Recht — ein Interesse, welches wiederum ebenso das des Patienten, wie seiner Mitpatienten ist. — Fälle, wo man bedacht sein muss, einen betrunken antretenden Besucher thunlichst unbemerkt seinen Rausch ausschlafen zu lassen, um ihn dann ohne Aufsehen aus der Anstalt zu entfernen, sind in manchen Gegenden keineswegs selten. Aber auch ohne Rausch vermögen solche psychopathisch disponirte Familienmitglieder durch lärmendes, lächerliches oder widerliches Benehmen und Auftreten in der Anstall unliebsames Aufsehen und Störungen zu veranlassen, die man auch dann lieber vermeidet, wenn der vielleicht bereits verblödete Kranke sich über ihren Besuch ohne Schaden freuen würde. Ist mir doch vorgekommen, dass die Nichtgewährung der oft weitgehenden Anliegen solcher Leute durch hysterische Krämpfe, ja durch Umherwälzen auf dem Boden beantwortet wurde, zu welchen Schauspielen natürlich ein möglichst zeugenreicher Moment gewählt zu werden pflegt!

Soviel von den Besuchenden und ihrer Eignung, zum Besuche der Patienten zugelassen zu werden.

Ehe wir zu der allgemeinen Betrachtung des Einflusses ihrer Besuche auf die Besuchten übergehen, erscheint es zweckmässig, die verschiedenen Verhältnisse des Orts, der Zeit und anderer bei den Besuchen in Frage kommenden Umstände und Bedingungen einer Erörterung zu unterziehen.

I. Wer soll über die Zulassung der Besuchenden entscheiden?

Meiner Ansicht nach der ärztliche Director und in dessen Behinderungsfall sein Stellvertreter, mindestens aber ein Anstaltsarzt, der die Kranken und ihre Eigenthümlichkeiten kennt und mit den Grundsätzen ihrer psychischen Behandlung vertraut ist. Für die genannten Persönlichkeiten das Oberwartpersonal oder gar den Pförtner eintreten zu lassen — die letztere allerdings sehr bequeme Methode ist keineswegs etwa unerhört — halte ich für unstatthaft.

Digitized by Google

II. Eine Ablehnung des Antrags auf Zulassung wird von den Angehörigen, welche deren Gründe und ihr Gewicht nicht zu beurtheilen vermögen, oft als Härte empfunden und dies um so mehr, wenn der betreffende Angehörige sich in der Erwartung seiner Zulassung bereits in die Unkosten einer Reise gestürzt hat, mit der in niederen Ständen vielfach auch der Verlust des betreffenden Tagesverdienstes verknüpft ist.

Aus diesem Grunde und weil es im Allgemeinen zweckmässig ist, dass die Bestimmung des Zeitpunktes des Besuchs in der Hand des Arztes bleibt, empfiehlt es sich, in den Satzungen der Anstalt von vornherein die Zulassung an die Bedingung vorheriger schriftlicher Anfrage zu knüpfen. Es bleibt dem Anstaltsarzte natürlich unbenommen, aus humanen oder anderen Gründen einzelne Ausnahmen von dieser Regel eintreten zu lassen.

III. Wo soll der Besuch stattfinden?

Manche Angehörige verlangen nicht nur den Kranken, sondern auch dessen gewohnte Umgebung zu sehen, um sich ein Bild von seiner Existenz, von seinem Treiben, von seiner Verpflegung u. dgl. in der Anstalt machen zu können. Man wird diesem Verlangen im Allgemeinen nur in den nicht eben häufigen Fällen nachgeben können, wo der Kranke eine eigene Wohnung hat, die mitsammt dem Wege dahin von der übrigen Krankenwelt möglichst abgeschlossen ist. Schliesslich handelt es sich ja um Zulassung des Besuchs nur zu einem, nicht auch zu den anderen Kranken der Anstalt und manche Besucher, die ja so oftmals Angesichts ihres Vorhabens innerlich aufgeregt oder die voll ängstlicher Besorgniss um die vermeintlich bedenklichen Einflüsse des Irrenhauses auf ihren Verwandten sind, empfangen von den harmlosen Gestalten seiner Mitpatienten so beunruhigende Eindrücke, dass sie den Schritt seiner Internierung lieber gleich rückgängig machen möchten. — Intransportable, besonders die aus irgendwelchem Grunde bettlägerigen Kranken wird man freilich unter Entfernung der Mitpatienten, soweit solche thunlich, von ihrem Aufenthaltsorte besuchen lassen müssen. Für die übrigen aber ist in den meisten Anstalten für das Zusammenkommen der Patienten und ihrer Besucher ein besonderer von den Aufenthaltsräumen der übrigen Patienten thunlichst getrennter Raum (oder mehrere sol bestimmt, bei dessen Auswahl jedoch immer auch auf die S

Digitized by Google

gen Rücksicht zu nehmen ist, welche die manchmal sehr lauten oder peinlichen Scenen, die sich bei oder nach dem Besuchen entwickeln können, für dessen, sei's kranke, sei's gesunde Nachbarschaft zu machen im Stande sind. Diese Störungen haben die lothringische Landesverwaltung veranlasst, die Mittel zu je einem besonderen von den Stationen getrennten Gebäude auf den beiden Geschlechtsseiten unserer (nach dem Pavillonsystem erbauten) Anstalt zu Saargemünd zu genehmigen, dessen zweckmässig angeordnete und eingerichtete Warte- und Besuchsräume von jeder einzelnen Station relativ leicht erreichbar sind — ein wichtiger Punkt, wenn man die Schwierigkeiten bedenkt, welche bei manchen unruhigen oder bei infirmen Kranken einem weiteren Hin- und Rücktransporte zum Besuchsraum entgegenstehen und welche die Realisirung des Besuchs, den man in der Station nicht zulassen kann, nicht selten unmöglichen machen. — Den Verkehr der Besucher mit ganz ruhigen geordneten Kranken kann man natürlich auch an anderen Orten, im Garten etc. und wenn sie zuverlässig sind, wohl selbst auf einem Spaziergange ausserhalb der Anstalt vor sich gehen lassen.

Nicht selten kommt es vor, dass Angehörige, denen der Verkehr mit dem Kranken von Angesicht zu Angesicht bedenklich erscheint oder vom Anstaltsarzte abgeschlagen ist, denselben, von ihm unbemerkt, lediglich zu sehen wünschen. Es ist nicht recht erfindlich, warum man das in einigen Anstalten grundsätzlich ablehnt. Ich selbst sehe kein Bedenken, Solches in den — allerdings nicht häufigen — Fällen zu erlauben, wo keinerlei Nachtheil daraus für den Patienten sich voraussehen und wo dessen Umgebung ohne besondere Mühe oder Störung vorher aus den Blicken des Beschauenden sich entfernen lässt.

Weiter: IV. Wann sollen die Besuche bei den Kranken stattfinden?

Manche Anstalten haben bestimmte Tage festgesetzt, auf welche die Besucher ihr Eintreffen beschränken sollen. Da das letztere stets mehr oder weniger eine Störung für die Aerzte, der Besuch selbst und seine Vorbereitungen eine solche für das Personal und den Dienst bildet, so ist die Festsetzung einzelner Tage in der Woche, an denen man sich dann in der Anstalt auf die Besuche einrichtet, ganz zweckmässig. Eine stricte Durchführung

Digitized by Google

dieser Beschränkung für alle Fälle würde indess zu Härten führen. — Dasselbe gilt von der grundsätzlichen Ausschliessung des Sonntags von den Besuchstagen. Die Forderung thunlicher Sonntagsruhe auch für die Aerzte und das Personal ist gewiss gerechtfertigt. In vielen Fällen indess — zumal in ärmeren Gegenden, wo der Ausfall des Verdienstes eines ganzen oder auch nur eines halben Arbeitstages für die Angehörigen schon empfindlich ist — wäre ein starres Festhalten an diesem Grundsatz ohneweiteres inhuman.

Noch weniger durchführbar — wenigstens in einer Anstalt, deren Insassen sich nicht ausschliesslich aus einer grösseren Stadt recrutiren, in oder an der sie gelegen ist — erscheint die Beschränkung der Besuchszeit auf einzelne besondere Tagesstunden, auf die sich bekanntlich die mit den Eisenbahnzügen von auswärts kommenden Besucher so oftmals nicht einzurichten im Stande sind. Selbstverständlich ist damit nicht gemeint, dass man Besuche zur Nacht- oder sonstiger Unzeit zulassen solle!

V. Wichtiger als die vorstehenden Fragen ist die nach der zweckmässigen Dauer der einzelnen Besuche.

In vielen Anstalten pflegt man diese Dauer nicht von vornherein zu limitiren; man trennt die miteinander Verkehrenden dann, wenn sich Erscheinungen von Erregung oder andere bedenkliche Wirkungen beim Patienten zu zeigen beginnen. Ich halte es für richtiger, in der Regel zunächst nur eine kurze Frist für den Besuch zu gewähren und diese lieber nachträglich zu verlängern, wenn dies aus irgend einem Grunde wünschenswerth erscheint. In der Mehrzahl der Fälle ist das, was Angehörige bei ihren Kranken zu sagen oder zu ermahnen und ist das, was diese ihnen mitzutheilen haben in einer Viertel- oder halben Stunde reichlich erledigt und wie ich einerseits gefunden habe, dass die guten Einflüsse des Besuchs in den allermeisten Fällen in diese Zeit fallen, so zeigt sich anderseits nur allzuhäufig, dass eine längere Fortsetzung des Besuchs anfängt, deprimirte Kranke ängstlich oder selbst unruhig, unruhige aufgeregter zu machen, und dass viele Kranke in der Selbstbeherrschung, die sie vielleicht zu Anfang des Besuches in erfreulicher Weise an den Tag gelegt haben, bei dessen Verlängerung über jene Frist hinaus nur allzuleicht ermüden. Man thut in der Regel gut, dem Erstaunen und den Vorwürfen mancher —

Digitized by Google

insbesondere der weiterher kommenden — Besucher über diese Limitirung dadurch zuvorzukommen, dass man sie schon in der schriftlichen Antwort auf ihr Zulassungsgesuch auf diese Besuchsbedingung aufmerksam macht.

Natürlich giebt es — zumal unter den abgelaufenen, stabil gewordenen Fällen von Geistesstörung — eine ganze Reihe, bei denen eine so enge Limitirung der Besuchsdauer von vornherein oder nach gemachter Probe zwecklos erscheint und daher als Härte zu vermeiden ist.

VI. Kaum minder wichtig ist die Frage, wann, d. h. wie bald nach der Aufnahme des Patienten man den ersten Besuch der Angehörigen bei ihm zulassen und in welchen Intervallen man ihn wiederholen lassen soll.

Als Regel gilt hier, dass die Familie nicht schon gleich nach der Aufnahme des Kranken wieder mit demselben in Verkehr treten solle und dass dieser auch später kein gehäufter sein dürfe. Und allerdings bildet ja gerade die möglichst vollständige Trennung von der Umgebung, in der die psychische Erkrankung des Patienten entstanden oder aus der sie herausgewachsen ist, einen der wesentlichsten Vortheile seiner Internirung in der Irrenanstalt überhaupt, und man hat sich zu hüten, diese Trennung nicht durch allzubaldige Gestattung des Verkehrs mit der früheren Umgebung oder durch dessen Häufung zu einer lediglich unvollständigen zu machen und damit zugleich dem Kranken die wichtige Aufgabe der Eingewöhnung in seine neue Umgebung zu erschweren.

Es gilt diese Regel nicht nur für heilbare, sondern auch für unheilbare Patienten und fast ausnahmslos hat man die Erfüllung der Bitte mancher Verwandten zu bereuen, dem Kranken die Eingewöhnung in die Anstalt in der ersten Zeit seines Aufenthaltes daselbst durch täglichen Besuch oder gar durch Betheiligung an seiner Pflege „erleichtern“ zu dürfen. Man pflegt sie doppelt zu bereuen, wenn die Angehörigen, wie so häufig, durch Ansprüche aller Art an die Anstalt und deren Personal in der Absicht, dem Kranken alle seine häuslichen Gewohnheiten zu erhalten und ihm vielleicht noch allen möglichen und unmöglichen Comfort dazu zu erobern, den Dienst der betreffenden Station möglichst erschweren und stören. Ruhe, Ordnung und wirkliche Eingewöhnung treten

Digitized by Google

fast immer erst dann ein, wenn die Angehörigen, die den Patienten gebracht, die Anstalt glücklich verlassen haben, was stets am besten unmittelbar nach dessen Aufnahme geschehen sollte. — Nur in den seltenen Fällen, wo genügende Erfahrung gelehrt hat, dass auch ein häufigerer und längerer Vekehr des Patienten mit einem Anverwandten dem Kranken wirklich nützlich und der Anstalt nicht schädlich ist, mag ein dauernder Umgang mit diesem Verwandten oder selbst dessen Betheiligung an der Pflege des Internirten — natürlich unter Vorbehalt jederzeitigen Widerrufs — gestattet werden.

Es reiht sich daran

VII. Die Frage nach der zweckmässigen Zahl der gleichzeitig zum Besuche eines Kranken zuzulassende Besucher.

Im Allgemeinen lässt sich so viel sagen, dass hier nicht sowohl ein Zuwenig, als vielmehr ein Zuviel Schaden bringen kann. Die Aufgabe, Mehreren gleichzeitig oder hintereinander Rede zu stehen, deren Jeder in der Unterhaltung Etwas vom Kranken haben oder ihm bieten will, ist natürlich für diesen die ermüdendere. In der Regel wird man daher die Besuchszeit um so mehr abkürzen müssen, je mehr Besucher man zugelassen hat. Eine allgemein giltige Maximalziffer lässt sich für deren Zahl natürlich nicht aufstellen. Manche Collegen sind der — für die Mehrzahl der Fälle wohl gerechtfertigten — Ansicht, dass diese Ziffer im Durchschnitt auf 3 erwachsene Personen sich beschränken sollte. Das Publikum ist freilich vielfach der Meinung, dass von der im gegebenen Falle vielleicht ohnedies nicht allzuhäufig ertheilten Erlaubniss, den Kranken zu sehen, möglichst viele Personen profitiren sollten, und es treten zum Besuche oft ganze Familien an, denen sich nicht selten noch ein ganzes Cortège von Gefreundten und Bekannten anschliesst — wie ja auch hie und da das halbe Dorf einen in die Anstalt aufzunehmenden Kranken leichenzugartig begleitet.

Die Zulassung solcher Massenbesuche hat natürlich nur in ganz seltenen Ausnahmen einen Sinn; in den meisten Fällen stellt sie einen Unfug dar oder führt zu solchem!

Als Curiosum sei bei dieser Gelegenheit erwähnt, dass mir wiederholt — und zwar nicht nur in Lothringen — der Fall vorgekommen ist, dass nicht blos einzelne Personen, sondern ganze Familien in der Anstalt erschienen und einen niemals in derselben internirt gewesenen — meist näheren — Angehörigen zu sehen

Digitized by Google

verlangten, um schliesslich mit dem nicht besiegten Glauben, dass man sie mit der Versicherung von dessen Nichtvorhandensein nur getäuscht habe, wieder heimzuziehen.

VIII. Von Bedeutung ist ferner die Frage, ob es nothwendig oder wünschenswerth ist, dass bei dem Besuche ein Arzt oder Jemand vom Personal zugegen sei.

Anschauungen und Praxis sind in dieser Beziehung in verschiedenen Anstalten verschieden. Manche Collegen sind der Ansicht, dass man den Verkehr des Kranken wenigstens mit seinen nächsten Angehörigen ohne unmittelbare Zeugen lassen sollte. Die Gegenwart solcher hindere nicht nur den ungezwungenen Austausch familiärer Zuneigung, auf den beide Theile ein Recht hätten, sondern auch die Mittheilsamkeit des Patienten, dessen Aeusserungen bei solchen Gelegenheiten für die Beurtheilung seines Zustandes oft von hohem Werthe seien. — Demgegenüber halten es Andere für wichtiger, von dem Gebahren und den Aeusserungen des Kranken durch sachverständigere Beobachter Nachricht zu erhalten, als die meisten Besucher es sind; für besonders wichtig aber halten sie es, dass durch die Gegenwart einer solchen Person Aufregungen oder sonstige Schädigungen des Patienten oder gar Ungehörigkeiten von seiner oder des Besuchers Seite verhütet oder wenigstens im Keime unterdrückt werden. Die Wünsche und Forderungen des Publikums sind in dieser Beziehung verschieden. Während die einen um Zeugen bitten — natürlich nicht um ihres, sondern um des von ihnen gefürchteten Verhaltens des Patienten willen — finden Andere die Praxis, sie in ihrem Verkehr mit einem Nahestehenden zu controliren, ganz unstatthaft, ja empörend. — Manche Collegen meinen das Richtige zu treffen, indem sie den Verkehr beider Theile — ihnen unbemerkt — durch eine geheime Oeffnung beobachten und belauschen lassen. Ich für mein Theil möchte diese Praxis nicht ohne Vorwissen der Besucher befolgen, die gegen eine solche heimliche Beobachtung ihres eigenen Verhaltens zu dem ihnen nahestehenden Patienten einen meines Erachtens nicht unberechtigten Widerwillen an den Tag zu legen pflegen. — Dass allerdings die Nähe eines Dritten — schon im Interesse des Besuchers und eventuell zu seinem Schutze — nothwendig sei, darüber sind Alle einig.

Die in unserer Saargemünder Anstalt beobachtete Praxis geht

Digitized by Google

dahin, dass wir überall da, wo im Einzelfalle nicht ein besonderer Grund oder eine bereits genügende Erfahrung ein Anderes zweckmässig erscheinen lässt, den Besuch vor einem mit hinreichender Intelligenz und Tact begabten Zeugen — etwa einer barmherzigen Schwester — stattfinden lassen, soferne nicht in einzelnen Fällen die Gegenwart des Arztes selber wünschenswerth erscheint. Und zwar soll die betreffende Person dem Besuche thunlichst ununterbrochen anwohnen. Das blosse Ab- und Zugehen lässt dem Beobachter oft den wichtigsten Theil seiner Aufgabe entgehen. Ist mir doch vorgekommen, dass ein Ehemann die Zeit von höchstens 2 Minuten einer Abwesenheit des Besuchszeugen zu der höchst unerwünschten und für die Kranke verhängnissvollen Schwängerung seiner Frau zu benutzen wusste. Die ununterbrochene Gegenwart des Zeugen vermag freilich schädigende Aeusserungen oder Mittheilungen des Besuchers, die oft rascher gethan, als verhütet sind, sowie das gegenseitige Zuescamotiren von Contrebande nicht absolut zu verhindern — aber im Allgemeinen bietet sie doch dem Besucher nicht nur, sondern vor Allem dem Kranken einen wenigstens annähernd vollkommenen Schutz und dem Arzte die Bürgschaft grösserer Sachverständigkeit und Unparteilichkeit der Beobachtung und ihrer Wiedergabe, als sie von den Besuchenden gemeinhin zu erwarten ist. Der Abneigung mancher Besucher gegen die Anwesenheit von Zeugen begegnen wir von vornherein durch eine pia fraus mit der Behauptung, dass dieselbe zu den Vorschriften des Hauses gehöre. Man kann dann immer in geeigneten Fällen Ausnahmen eintreten lassen.

IX. Es liegt uns nun noch, um den Besuch endlich zu Stande kommen zu lassen, die Aufgabe ob, die Besuchenden über die Eigenthümlichkeiten des Patienten und über ihr vor demselben zu beobachtendes Verhalten zu instruiren.

Dies geschieht natürlich am besten durch den Arzt selbst. Die Befolgung wichtigerer Winke wird man vielfach als die Bedingung des Besuchs bezw. seiner Fortsetzung oder auch seiner späteren Wiederholung bezeichnen müssen und in manchen Fällen gut thun, auch dies bereits in der schriftlichen Antwort auf das Zulassungsgesuch zu betonen. Solche Angehörige z. B., von denen wir vermuthen, dass sie bei Gelegenheit des Besuchs, sei's aus eigener Initiative, sei's von dem Nachhausedrängen des Kranken

Digitized by Google

dazu veranlasst, dessen vorzeitige Entlassung fordern möchten, pflegen wir womöglich schon in dieser schriftlichen Antwort aufzufordern, den Kranken beim Besuche — zumal wenn er nach Hause drängen werde — zu dem nothwendigen geduldigen Ausharren in der begonnenen Anstaltsbehandlung recht eindringlich zu ermahnen. Man pflegt auf diesem Wege der Neigung solcher Besucher, für oder mit dem Kranken auf dessen Entlassung zu drängen, meist wirksam zu begegnen.

In der grossen Mehrzahl der Fälle habe ich den ärztlicherseits den Besuchern gegebenen Winken Rechnung tragen sehen. Es ergiebt sich daraus ein oft mit Erfolg zu betretender Weg, in mannigfacher Weise auf solche Kranke einzuwirken, die hinreichendes Maass von Vertrauen zu ihren Angehörigen oder ihrem früheren Seelsorger noch besitzen. Wie viel lebhafter persönliche Einwirkungen auf die Patienten sind, als briefliche, ist ja bekannt. Wiederholt habe ich gefunden, wie in dem eben erwähnten Beispiele ein energisches Auftreten einer Autorität aus der Verwandtschaft mit der Mahnung zu geduldigem Ausharren in der Anstalt, von wirklich verblüffender Wirkung auf einen Patienten gewesen ist, der gemeint hatte, die Seinen würden ihn jedenfalls sofort reclamiren, wenn sie ihn nur einmal in seiner Lage sähen. Ebenso wirksam lässt sich hie und da die Neigung zu entweichen bei solchen Patienten, die zu Hause mit offenen Armen aufgenommen zu werden hoffen, durch die bestimmte Versicherung eines maassgebenden Verwandten bekämpfen, dass für den Fall seines Erscheinens zu Hause oder anderswo alle Vorbereitungen zu seinem umgehenden Rücktransport in die Anstalt bereits getroffen seien u. dgl. mehr. — Zum Zwecke solcher oder ähnlicher Einwirkungen wird man — wie überhaupt in allen Fällen, wo von einem Besuche Nutzen für die Kranken zu erwarten steht — die Angehörigen zum Besuch auch ohne ihre Anfrage ausdrücklich veranlassen.

Nach geschehenem Besuche lässt man zweckmässig die Besucher über ihre Erfahrungen und Eindrücke bei demselben Bericht erstatten, auch wenn derselbe vor einem anstaltsseitig bestellten Zeugen stattgefunden hatte. Es ist immer gut, die Auffassungen und Meinungen der Angehörigen von dem Verhalten und dem ganzen Zustand des Patienten, sowie von seinen Aeusserungen über seine Erlebnisse in der Anstalt oder über seine Behandlung und

Digitized by Google

Verpflegung u. s. w. kennen zu lernen, schon um sie im gegebenen Falle sogleich berichtigen zu können.

Häufig hört man von Besuchern, dass sie beim Besuche den Patienten zu ihrer Ueberraschung ganz gesund gefunden hätten. Wo die äusserliche Ruhe und Haltung des Patienten ein solches Verkennen seines Zustands befürchten lassen, thut man gut, den Besucher vorher recht nachdrücklich darauf hinzuweisen.

Je eingehender überhaupt die dem Besucher vorher gegebenen, natürlich verständlich zu haltenden, Erläuterungen des Arztes über die Natur und die Eigenthümlichkeiten des Falles sowie über seine Bedürfnisse, gewesen sind, um so nützlicher sind sie für den Besucher, wie den Besuchten!

Es erübrigt mir nun noch die Erörterung des Einflusses der Besuche auf die Kranken, sowie der daraus sich ergebenden Gesichtspunkte für die Gestattung und Gestaltung ihres Besuchsverkehrs mit der Aussenwelt.

Die enorme Mannigfaltigkeit der Krankheitsfälle und ihre individuelle Verschiedenheit macht hier die Aufstellung allgemeiner Gesichtspunkte ganz besonders schwierig.

Ohne Bedenken für den Kranken wird man Besuche bei ihm dann zulassen können, wenn dieselben einen Einfluss auf ihn überhaupt nicht haben können und wohl in allen Anstalten gilt es als Regel, der Familie das Bett eines sterbenden Patienten zugänglich zu machen.

Aber sogar diese Regel erleidet ihre Ausnahmen! Mehrfach ist es mir vorgekommen, dass ich dem Ansuchen naher Angehöriger, die letzten Stunden oder Augenblicke beim Patienten zubrinzu dürfen, unter irgend einem Vorwande auswich — nachdem mich wiederholte Erfahrungen gelehrt hatten, wie fatal, ja schrecklich der Eindruck war, den Nahestehende von den manchmal bis zuletzt widerwärtigen oder obscönen Reden eines Sterbenden, oder von dem Anblick eines in seinen Krämpfen verscheidenden Paralytikers u. dgl. aus dem Sterbezimmer mitnahmen — oder aber, wenn ich fürchten musste, dass unverständige und exaltirte Verwandte durch die Maass- und Rücksichtslosigkeit ihres schmerzlichen Gebahrens die Umgebung, eventuell sogar die letzten Augenblicke des Sterbenden selber stören würden.

Digitized by Google

Den sterbenden Kranken stehen in der fraglichen Beziehung nahe diejenigen, bei denen ein tiefer Blödsinn die Auffassung der Aussenwelt ganz oder fast ganz unmöglich macht. Man wird indess auch bei den Besuchen solcher Kranken nicht versäumen, für die Anwesenheit eines Besuchszeugen Sorge zu tragen, um dem Unfug zuvorzukommen, der mit ihnen nicht selten getrieben wird, wenn er auch nur, wie dies in Lothringen gewöhnlich, darin besteht, den Patienten mit Esswaaren und Getränken in oft unglaublicher Weise vollzustopfen.

Ebenso wenig Bedenken hat im Allgemeinen ferner die Zulassnng von Besuchen zu jenen Kranken, die sich ausserhalb der Anstalt frei bewegen und ohne Schaden zu nehmen oder Störung zu verursachen mit den verschiedensten Elementen der Aussenwelt zu verkehren pflegen. Ich sage im Allgemeinen, denn wiederholt habe ich auch hier gesehen, wie z. B. längst in den Hintergrund getretene Verfolgsideen, die etwa ein solcher frei sich bewegender Paranoiker gegen bestimmte Personen hegte, bei der Begegnung mit diesen letzteren mit einer Lebhaftigkeit wieder auftauchten, welche zu Scenen führte.

Lässt sich in den beiden erwähnten Gruppen von Fällen der Einfluss von Besuchen oder diesmal richtiger: dessen Ausbleiben mit annähernder Gewissheit voraussagen, so wird diese Gewissheit bei der Mehrzahl der übrigen Patienten bestenfalls zur Wahrscheinlichkeit, und in einer überaus grossen Zahl von Fällen bedarf es erst eines bezüglichen Experiments, um uns über jenen Einfluss und seine Artung zu belehren. Und wie oft sind wir von dem Versuchsergebniss überrascht! Wohl Jedem von uns sind Fälle erinnerlich, wo Kranke vor ihren Angehörigen sich über oder selbst wider Erwarten zusammennahmen, oder wo bisher stumme Patienten zu reden, auch wohl ihre bisher verborgen gehaltenen Wahnideen zu produciren anfingen; oder andererseits Fälle, wo Kranke, die in der Anstalt zufrieden und dankbar schienen, über diese, über ihre Verpflegung u. s. w. zu schimpfen, die Ihrigen durch Vorbringen geschickter Verläumdungen des Anstaltspersonals kopfscheu zu machen begannen u. dgl. mehr.

Freilich bedarf es bei der Deutung der hier zu machenden Erfahrungen der Kritik! Nicht ganz selten bildet der Besuch bei dem Kranken nur die Gelegenheitsursache zum Eintritt einer Ver-

Digitized by Google

änderung seines Zustandes, die sich, uns unbemerkt, vielleicht schon längst vorbereitet hatte. So habe ich kürzlich beobachtet, wie eine verwirrte Melancholica unmittelbar auf den Besuch eines Verwandten plötzlich Wahnideen producirte und festhielt, der Besucher habe ihr mit einem „Physikstock" allerlei bestimmte Veränderungen in ihrem Körperinnern erzeugt, an denen sie nun leide u. dgl. Hier wird Niemand einen verhängnissvollen Einfluss dieses Besuches in dem Sinne etwa annehmen wollen, als habe gerade der Besuch die Entstehung von Paranoia bei der Patientin verschuldet!

Dass der Zweck, zu dem wir den Versuch der Klarstellung des Einflusses eines Besuchs auf den Patienten unternehmen, ein vernünftiger und humaner sein muss, versteht sich von selbst. Nur in Ausnahmsfällen — und nur da wo keine erheblichen Contraindicationen gegen den Besuch bestehen, werden wir das Experiment seiner Zulassung einmal auch im Interesse unserer wissenschaftlichen oder diagnostischen Belehrung anzustellen uns erlauben — ein Interesse, das ja schliesslich immer auch das des Patienten ist oder wenigstens sein soll!

So zahlreich nun aber auch die Fälle sind, in denen wir hier auf das Experiment angewiesen sind, so giebt es doch einzelne Gruppen solcher, in denen die Erfahrung uns über den Einfluss von Besuchen auf den Patienten bereits einigermaassen belehrt und uns in den Stand gesetzt hat, einige Indicationen und Contraindicationen für deren Zulassung oder Nichtzulassung aufzustellen.

Der mir zugefallenen Aufgabe gemäss beschränkt sich die nachfolgende Erörterung auf Gesichtspunkte ganz allgemeiner Natur, die hier in Betracht kommen können.

Wirklich indicirt erscheint zunächst die Zulassung von Besuchen selbstverständlich überall da, wo die mit den Besuchen bei dem betreffenden Falle bereits gemachten Erfahrungen uns über ihre Unschädlichkeit oder gar deren Nützlichkeit bereits belehrt haben. Dass diese Erfahrung mehr oder weniger ungültig werden kann, wenn der Zustand des Kranken, seit sie gemacht wurden, wesentliche Veränderungen erlitten, darf nicht vergessen werden.

Indicirt ist ferner die Zulassung im Allgemeinen im Stadium der Reconvalescenz von geistiger Erkrankung. Hier ist

Digitized by Google

der Besuch von Angehörigen oder anderen Elementen aus der früheren Umgebung des Patienten oft ein vortreffliches Mittel, die Reste der in jener Umgebung entstandenen Wahnideen zum Weichen zu bringen und den Kranken in den früheren gesunden Interessenkreis wieder einzuführen. Nicht selten fordern wir in solchen Fällen die zur Verwirklichung dieses Einflusses uns geeignet erscheinenden Persönlichkeiten zum Besuche des Patienten geradezu auf. — Leider macht man in diesen und ähnlichen Fällen gar nicht selten die nicht unerwähnt zu lassende Erfahrung, dass die Aufgeforderten sich dieser ihnen vom Arzte auferlegten Pflicht entziehen: sie wollen den Patienten erst wiedersehen, wenn er als absolut genesen bezeichnet werden könne. Gleichgültigkeit, Bequemlichkeit — oft auch Angst vor dem Kranken und vor der durch ihn befürchteten eigenen Aufregung veranlassen eben viele Angehörige, dem Besuch der Patienten überhaupt nach Thunlichkeit aus dem Wege zu gehen.

Wie wenig der anscheinend naheliegende Schluss zutrifft, dass das was in dieser Beziehung in der Reconvalescenz so sichtlichen Erfolg hat, auch vor deren Eintritt schon nützlich oder wenigstens nicht schädlich sein müsse, das ist bekannt und soll durch alsbald zu erwähnende Fälle noch erläutert werden.

Diesen allgemeinen Indicationen stellt die Erfahrung von den Folgen der Besuche bei der grossen Mehrzahl unserer Kranken eine Anzahl allgemeiner Gegenanzeigen gegenüber.

I. So gerne wir der ja nur natürlichen Sehnsucht eines Kranken nach den Seinigen durch Zulassung ihres Besuchs entgegenkommen, so bedenklich kann diese Zulassung da werden, wo ein ernstliches Heimweh nach denselben besteht, dem ein mehr oder weniger krankhafter Charakter beizumessen ist. Hier wird man dem Drängen des Patienten auf Zulassung des Besuchs aus der Heimat, wenn er auch die plausibelsten Motive vorzubringen weiss, nur mit derjenigen Vorsicht nachgeben, die wir auch sonst beim Eingehen auf krankhafte Ideen oder Wünsche bei unsern Patienten beobachten. In der That sehen wir nicht selten, wie das Heimweh durch den gewährten Besuch blos verschlimmert, wie das Verlangen nach dessen Wiederholung oft unter Production immer neuer Gründe dafür, nur noch stürmischer wird.

In dieser Beziehung mahnt Dr. *Lisibach* in seinem vorhin er-

Digitized by Google

wähnten Vortrag mit Recht zu besonderer Vorsicht gegenüber dem so vielfach geübten Mitbringen der Kinder zu den Patienten, vor dem wir ja vorhin schon im Interesse der Kinder selbst haben warnen müssen. — Dasselbe hat meist den wohlgemeinten Zweck, deren Vater, insbesondere aber deren Mutter zu trösten, zu erheitern oder durch Neuerweckung eines starken nätürlichen Interesses von ihren krankhaften Vorstellungen abzuziehen. Es erfüllt diesen Zweck aber vor eingetretener Reconvalescenz fast niemals. Gar zu oft liegen dem Verlangen der Patienten nach ihren Kindern krankhaftes Heimweh, oder andere krankhafte Motive zu Grunde; so die Idee, dass denselben Etwas zugestossen sei, dass der Patient Etwas an ihnen versäumt und noch gutzumachen habe und dgl., und wir erreichen mit der Zulassung der Kinder hier höchstens eine vorübergehende Beruhiguug — nicht selten aber eine steigende Aufregung! Ja dem Dr. *Lisibach* sind Fälle vorgekommen, wo Besuche nicht nur der eigenen, sondern sogar fremder Kinder bei kranken Frauen ein unstillbares Heimweh nach den eigenen Kindern erst erweckt hat.

Diese Fälle mahnen gewiss zur Vorsicht, wenn auch nicht in Abrede zu stellen ist, dass der Anblick fremder Kinder und der Verkehr mit ihnen vielen Kranken Freude und Interesse gewähren kann.

II. Sehr agitirte Kranke oder solche, die leicht zu Gewaltthätigkeiten übergehen, wird man natürlich nicht besuchen lassen, und dies nicht allein in ihrem eigenen Interesse, sondern hauptsächlich auch in dem der Besucher selbst.

Indess ist man zu Ausnahmen von dieser Regel nicht selten dann veranlasst, wenn es gilt, von dem thatsächlichen Zustande eines Patienten solche Angehörige sich überzeugen zu lassen, die den Versicherungen des Anstaltsarztes von der zeitweiligen oder dauernden Unruhe, Nichtzugänglichkeit oder Gefährlichkeit eines Patienten hartnäckigen Zweifel oder Unglauben entgegensetzen, welcher sie zu fatalen Vorwürfen an die Aerzte oder zu bedenklichen Schritten, wie der vorzeitigen Rücknahme des Patienten aus der Anstalt, verleiten kann. Natürlich wird man in solchen Fällen nicht versäumen, den Besucher vorher auf die möglichen Gefahren des Besuchs für ihn, wie eventuell auch für den Kranken aufmerksam zu machen und die Verantwortung für die bezüglichen Folgen abzulehnen.

Digitized by Google

Aehnliches gilt in den Fällen, wo der Besucher Gegenstand eines besonderen — natürlichen oder krankhaften — Hasses oder Misstrauens für den Patienten ist, insbesondere dann, wenn diese Empfindungen aus Wahnideen der Beeinträchtigung oder Verfolgung Seitens des Besuchers erwachsen sind. Ferner in jenen zahlreichen anderen Fällen, wo man anzunehmen Grund hat, dass der Patient beim Besuche Scenen irgend welcher Art machen, gewaltsam fortdrängen, an den Abschiednehmenden Besucher sich anklammern, oder aber ihn ausschimpfen werde u. dgl.

III. Da wo die Patienten beim Besuche auf die Anstalt, auf ihre Behandlung u. s. w. voraussichtlich schimpfen oder gar durch verläumderische Angaben Weiterungen veranlassen, wird man der gebotenen Rücksicht auf die Anstalt am besten durch Ablehnung der Besuche gerecht werden. Erscheint die Ablehnung aus anderweiten Gründen unthunlich oder unzweckmässig, so ist der über die Grundlosigkeit der Angaben des Patienten etwa noch nicht orientirte Besucher auf das vorauszusehende bezügliche Gebahren des Patienten — natürlich vor dem Besuche — ausdrücklich aufmerksam zu machen.

IV. Manche Kranke, oft gerade solche, die nach den Ihrigen am lebhaftesten verlangt hatten, weigern sich, dieselben, wenn sie wirklich eintreffen, zu sehen. Es kommt dies am häufigsten bei Melancholischen, am wenigsten häufig bei Manischen vor. Ich hatte es fast immer zu bereuen, wenn ich bei solchen Patienten über das Mittel einfachen Zuredens zur Annahme des Besuchs hinausging. Nur in seltenen Fällen handelt es sich hier um Capricen, mit denen der Patient — oder häufiger die Patientin — sich etwa interessant machen möchte. Meist liegen jener Weigerung Wahnideen zu Grunde, die man ohne Noth nicht contrariiren soll — und zwar trifft dies insbesondere bei jener Klasse von Melancholikern zu, die meinen, dass schädigende Einflüsse von ihnen ausgehen, dass sie das Verderben Anderer — meist ihrer eigenen Lieben — verschuldeten u. dgl. Bei diesen Kranken bringt der Anblick ihrer vermeintlichen Opfer, die zu warnen ihnen als vergeblich erscheint oder sich erweist, fast immer eine schwere, oft verhängnissvolle Aufregung hervor. Die Mehrzahl solcher Melancholiker geht — heimlich oder offen — mit Selbstmordgedanken

Digitized by Google

um und es ist mir eine ganze Reihe von Fällen bekannt, wo gerade der Besuch beim Kranken den Entschluss zur Reife gebracht hat, seiner so gefährlichen und fluchbeladenen Existenz ein Ende zu machen.

Doch ich sehe, wie ich mit dieser Bemerkung die meinen Darlegungen gesteckten Grenzen bereits überschreite! Ich schliesse damit diesen Versuch einer beiläufigen Formulirung einiger wichtigeren allgemeinen Gesichtspunkte, die uns bei der Entscheidung über die Zulässigkeit oder Zweckmässigkeit von Besuchen Dritter bei unseren Kranken zu leiten pflegen — die Erörterung der Anzeigen und Gegenanzeigen von Besuchen bei einzelnen Formen und Fällen psychischer Störung berufenerem Munde überlassend.

Digitized by Google

Die Unterbringung von geisteskranken Verbrechern.

Von

San.-Rath Dr. **R. Schroeter**-Eichberg.

Die Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher, die auch jetzt noch ihrer völlig abschliessenden Lösung harrt, ist mir in der letztern Zeit durch einen besonderen Fall wieder näher getreten. Ich möchte deshalb durch Referirung desselben und kurzer Präcisirung der eigenen Stellungsnahme zur ganzen Frage, Veranlassung geben zu erneutem Meinungsaustausch darüber, wodurch das Ganze vielleicht wieder einen Schritt vorwärts kommen dürfte.

Die bei uns in Deutschland vor mehreren Decennien namentlich durch ***Delbrück, Gutsch, Roller*** und andere in Fluss gebrachte Frage führte bekanntlich schon im Jahre 1876 den ersten Versuch zu ihrer praktischen Lösung herbei durch Begründung der Waldheimer Irrenstation im Königreich Sachsen. In den andern deutschen Ländern blieb sie zunächst noch eine offene, aber doch in ihren maassgebenden Kreisen mit grösserer oder geringerer Lebhaftigkeit weiter behandelte. In der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf kamen seit ihrer Einrichtung anfangs Februar 1880, entsprechend den Verhältnissen der Weltstadt, ziemlich häufig geisteskranke Verbrecher zur Aufnahme, die durch ihr Gesammtverhalten mit verbrecherischem Charakter, die unvollständig bei ihnen vorhandenen Krankheitsformen und namentlich durch ihren besonders starken Antrieb zu Entweichungen, für die mit freierer Aussenform und mit freiern innern Einrichtungen ausgestattete Anstalt durchaus nicht passen. Da letztere als glückliche Errungenschaft im Interesse des freundlichern Charakters einer Irrenanstalt

Digitized by Google

gegenüber dem hilfesuchenden Publikum nicht geopfert werden sollte, wurden namentlich vom damaligen Director *Ideler* mit mir als erstem Oberarzt beim Curatorium der Anstalt und von dort bei der vorgesetzten Staatsbehörde ernst gemeinte Vorschläge für eine uns zweckmässig erschienene anderweitige Unterbringung der geisteskranken Verbrecher betrieben. Auch der nachmalige Minister des Innern Exc. Herrfurth stellte sich diesen Vorschlägen schon damals sehr wohlwollend gegenüber. Zunächst aber der eigenen Noth gehorchend, blieb uns nichts Andres übrig, als im Pavillon für Unruhige mehrfache besondere Sicherheitsvorrichtungen herstellen zu lassen. Dieselben bestanden zunächst darin, dass wir einige zusammengelegene Zellen zu je kleinen Abtheilungen combinirten, bessere Fenster und Thürversicherung daselbst einführten, auch einzelne Arbeitsstätten, zunächst einmal für Schneider und Cigarrenmacher in diesem Hause selbst herstellten, den Garten zweckmässiger einrichteten, mehr Wärterkräfte beantragten u. dergl. Unsere Nachfolger haben das von uns in jenem Hause Begründete nachher entsprechend weiter entwickelt.[1])

In Summa waren es aber eigentlich immer nur wenige irre Verbrecher, zwei, vielleicht auch drei, welche zu gleicher Zeit eine ganz besondre Art der Verwahrung höchst wünschenswerth machten ja wirklich nothwendig erscheinen liessen, während die grössre Anzahl derselben, je nach den bei ihnen zu beobachtenden Formen der Geisteskrankheit, in die andern Abtheilungen recht gut eingefügt werden konnten.

Die Bestätigung für die zuletzt ausgesprochnen Anschauungen schien mir, allerdings mit in Berücksichtigung der anders gearteten Landesbevölkerung, auch darin zu liegen, dass beinahe volle zehn Jahre meiner Amtsführung in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Eichberg i. Rheingau verstrichen, bis für mich die oben angeregte Frage wieder einmal brennender wurde.

Am 17. Mai 1893 gelangte nämlich der Strafgefangene Buchdrucker Ludwig Stein aus Oberlahnstein, 28 Jahre alt, zur Aufnahme in die Anstalt Eichberg. Er war zuletzt seit 6. Juni 1892 in der Centralirrenstation der Strafanstalt Moabit verpflegt worden. Im Januar desselben Jahres war

[1]) *Sander* u. *Richter*, Bezieh. zwischen Geisteskrankh. u. Verbr. Berlin 1886. — *Langreuter*, Ztschr. f. Psych. Bd. 43, S. 380. — *Moeli*, Ueber irre Verbrecher. Berlin 1888.

Digitized by Google

zuerst der Verdacht auf bestehende Geisteskrankheit bei ihm aufgetreten. (Opfer von niederträchtigen Verleumdungen, besonders hohe Geistesgaben, Gift im Essen.) Sein Vater gilt für eigenthümlich und jähzornig. Da derselbe wegen Subordination als Gerichtsdiener eine Strafversetzung erfuhr, hatte Ludw. St. als Kind Noth gelitten. Sonst scheint er sich körperlich und geistig bei gutem Auffassungsvermögen normal entwickelt zu haben, nur hatte er frühzeitig onanirt und war auch sonst ausschweifend gewesen. Von syphilitischer Infection blieb er verschont. Seit dem 18. Lebensjahre war er Dieb mit sieben Bestrafungen. Mit 22 Jahren kam er ins Zuchthaus (1887). Er querulirte, zeichnete sich durch sinnlose Heftigkeit aus und erschien dort schliesslich originär verkehrt. Trotz harter körperlicher Strafen wurde er immer dünkelhafter und heftiger. Er bildete sich ein, dass man seine Geistesgaben fürchte und ihn deshalb tödten wolle. Im Februar 1887 zeigte er Selbstmordneigung, und noch in demselben Jahre versuchte er den Director *von Wehlheiden* mit einer geschärften Scheerenhälfte zu erstechen, weshalb er wegen versuchten Mordes und versuchten Todtschlags (gegen den Oberaufseher) 10 Jahre Zuchthaus hinzu erhielt. Später hatte er in der Centralirrenstation Moabit dem Oberwärter einen Schemel auf den Kopf zu schlagen versucht. Das ärztliche Aufnahmeattest berichtet weiter, dass Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen bei dem St. fehlen, dass sein Erblassen, wenn er wüthend werde, auffällig sei. Die linke Pupille erscheine zuweilen weiter, zeige aber gute Reaction. Seh- und Gehörsstörungen wären nicht beobachtet worden, aber wahrscheinlich beständen Geschmacks- und Geruchshallucinationen. Bei Ortswechsel sei er zuerst frech zutraulich, bald aber werde er gewaltthätig, wüthend und sehr gefährlich.

Der Patient wurde in die im Jahre 1883 hier neuerbaute Beobachtungsstation aufgenommen, die aus zwei übereinander gelegenen Abtheilungen besteht, mit peripherisch anliegenden Zellen versehen ist und den gemeinsamen Garten zur Seite hat. St. ist ein mittelgrosser, hagerer und behender Mensch mit sehr bleicher Gesichtsfarbe und gespannter Mimik, tiefeinliegenden dunkeln Augen und krankhaft grellem Blick. Neben mehr hervortretenden Supraorbitalrändern fiel an dem sonst gut gebildeten Schädel nur eine geringe Facialisparese auf. Sein gewandtes, anscheinend bescheidenes Wesen machte zunächst keinen übeln Eindruck. Er schien Alles für sich zutraulich stimmen und sich völlig und willig in die Hausordnung fügen zu wollen. Dabei war er höflich, zeigte eine gleichmässig ruhige Stimmung, und in allen seinen sonst völlig sachgemässen und ausführlichen Antworten verrieth sich ein recht guter Intelligenzustand und ein durchaus treues Gedächtniss.

So gleichmässig gut blieb jedoch das Verhalten dieses Pat. nicht auf die Dauer. Er fing bald an viele Wünsche auszusprechen, berechtigte und unberechtigte, einzelne ihm dafür geeignet scheinende Mitkranke zu irritiren, zu verwirren, dann wieder dieselben an sich zu ziehen und sonst

Digitized by Google

für seine Zwecke nutzbar zu machen. Gegen uns Aerzte zunächst immer noch geschmeidig sich verhaltend, wurde er andrerseits gegen das Wartpersonal angeberisch und niederträchtig, etwa in der Art der epileptisch Degenerirten. Später äusserte er sich immer freier und kecker und gab hie und da bald versteckte bald deutliche Drohungen gegen den Director und auch gegen die Aerzte heraus, deren Verwirklichung man sich von seiner Seite gelegentlich wohl versehen durfte. Er wollte auch andere Complicen verrathen, damit seine eigene Sache wieder aufgenommen und zu seinen Gunsten entschieden werde. Immer wieder drängte er auf Wiederaufnahme seines Strafverfahrens. Er pochte auf sein Recht, welches Einem in Preussen vorenthalten würde. Man werde in Deutschland systematisch abgeschlachtet. Er brüstete sich dann wieder mit seinen Verbrechen und bedauerte dabei, dass er den Director der Strafanstalt Halle nicht niedergestreckt habe. Sobald er hinauskäme, würde er den deutschen Kaiser ermorden. In der Nacht schlief er meist nicht besonders, blieb aber ruhig auf der gemeinsamen Wachabtheilung liegen. Appetit und Verdauung waren ganz vortrefflich. Das Vorhandensein von Sinnestäuschungen wurde bei dem Pat. zu keiner Zeit beobachtet.

Am 3. September desselben Jahres entwich er Abends zwischen 8 und 9 Uhr, nachdem es ihm gelungen war, die Schlüssel eines Wärters sich anzueignen. Alle Bemühungen meines Vertreters, seiner wieder habhaft zu werden, blieben zunächst erfolglos. Erst nach meiner Mitte des Monats erfolgten Rückkehr von der Urlaubsreise bestätigte ein Brief des Entwichenen an einen Beamten einer Strafanstalt den bisherigen Verdacht, dass er in der Frankfurter Gegend sich aufhalten müsse. Nach meinem erneuten Hinweis darauf gelang es am 28. September der Polizei, ihn festzunehmen, so dass er am 30. wieder nach Eichberg gelangte.

Die Zeit, welche der p. Stein in der Freiheit verlebt hatte, war ihm in geistiger wie körperlicher Beziehung entschieden sehr gut bekommen. Auch hatte er inzwischen durchaus nichts Verbrecherisches verübt, anscheinend nur der Venus Dienste geleistet.

Ich will hier über sein ferneres Gesammtverhalten das nur kurz anführen, dass er zunächst noch nicht völlig frei von Wahnvorstellungen erschien, auch moralisch nicht viel gehobener war, dass er aber doch die nunmehrige Einschränkung seiner freien Bewegung, namentlich auch das Isolirtwerden in der Zelle, oft für die meisten Tagesstunden und stets für die Nacht, ohne grösseren Protest ertrug. Er kam nur wiederholt darauf zu sprechen, dass eine solche Behandlung doch nur zuweilen den aufgeregten Kranken zu Theil zu werden pflege. Allmälig besserte er sich dabei doch immer mehr, in ruhig fortschreitender Weise. Er las nach Verabredung mit mir besonders naturwissenschaftliche Bücher und sprach sich recht verständig nachher über deren Inhalt aus. Er äusserte nunmehr keine Wahnideen mehr, auch in seinem übrigen Benehmen lag nichts mehr, was einem charakteristischen Wahn als congruent gelten konnte. Seit

Digitized by Google

Mitte December verhielt er sich entschieden musterhaft, er war gleichmässig höflich und bescheiden, klar und besonnen in seinen Reden und Handlungen. Da somit in seiner geistigen Aeusserungsweise sich durchaus keine Anhaltspunkte mehr für eine bestehende Geisteskrankheit darboten und er somit wieder strafverbüssungsfähig geworden war, wurde St. auf meinen Antrag hin am 18. Januar 1894 nach der Strafanstalt bei Cassel a. d. Fulda abgeholt.

Alsbald nach der Wiedereinlieferung des Pat. Ende September 1893 hatte die Kgl. Staatsanwaltschaft Cassel an die hiesige Irrenanstalts-Direction folgende Anfragen gerichtet: 1) ob der p. Stein für geisteskrank zu erachten sei? was zunächst bejaht wurde, 2) ob bezw. in welcher Weise in der Anstalt Eichberg für vollkommen sichre Verwahrung desselben gesorgt werden könne und werde?

Die behördlicherseits gewünschte Bestimmtheit in Beantwortung letzterer Frage konnte natürlich nicht so ohne Weiteres gegeben werden. Ich nahm aber daraus Veranlassung, den Herrn Landesdirector in Wiesbaden gleichzeitig für die hierbei wieder aufgeworfene Frage der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher zu interessiren.

Delbrück, Arzt an der Strafanstalt in Halle, um hierauf bezüglich nur kurz die historische Seite zu berühren, hatte uns in Deutschland in seinem Bericht vom Jahre 1853 wohl zuerst eingehender auf die geisteskranken Verbrecher hingewiesen.[1]) Er sprach daselbst die Meinung aus, dass alle Strafgefangenen, wenn sie psychisch erkrankten, dennoch ihre Strafe verbüssen müssten. Die meisten Irren seien auch nicht in der Ausdehnung geisteskrank, dass sie nicht ein mehr oder weniger deutliches Bewusstsein von ihrer Vergangenheit und ihrer jetzigen Lage hätten und auch hinlängliche Verderbtheit ihres Charakters besässen. ***Gutsch*** war nach seiner reichen Erfahrung an dem Zellengefängniss Bruchsal[2]) zu der Ansicht gelangt, dass geisteskranke Verbrecher in der Strafanstalt zu belassen seien. Da die erste Entwickelung von psychischer Störung hier leicht erkannt werde, käme es bei geeigneter Berücksichtigung derselben einerseits weniger leicht zu einer vollen Entwickelung, andrerseits wären sie minder schwer heilbar und vorübergehend. Auch ***Kirn*** stimmt betr. der Freiburger Strafanstalt

[1]) Zeitschr. f. Psych. Bd. 11.
[2]) Ebenda. Bd. 19.

Digitized by Google

dem neuerdings im Allgemeinen bei.[1]) *Roller* in Illenau[2]) redete dagegen der frühzeitigen Verbringung der geisteskranken Verbrecher nach der Heilanstalt das Wort. Er sprach sich desgleichen gegen die Errichtung einer besonderen Abtheilung für solche Kranken aus, wenigstens betreffs kleinerer Länder. *Wiedemeister* in Osnabrück beurtheilte die Frage von einem unbefangenen Standpunkt aus dahin[3]), dass sogar an jeder Strafanstalt ein Appendix als Lazarett-, Kranken- oder Irrenstation zu errichten nothwendig sei. Durch die nahe Beziehung zur Strafanstalt sei eine grosse Gewähr gegen Entweichungen, Gewaltthaten und Complottirungen gebildet. *W.* behauptete gleichfalls, dass es sich dabei nur um geringe Zahlen handeln werde, weshalb Centralasyle unnöthig seien. Er verweist betreffs der Gefährlichkeit der englischen Verbrecherasyle und der grossen Zusammenhäufung von Individuen mit Mischung von Irresein und Verbrechen auf *Pelman's* Reisebericht bei Besprechung von Broadmoor.[4]) Auch die neueren Autoren sprechen sich gegen besondere grosse Anstalten für irre Verbrecher aus, wobei mancher Hinweis geschieht auf die Einrichtungen für irre Verbrecher im Kgr. Sachsen.

Bei uns in Preussen ist die Frage bekanntlich durch das Wohlwollen der Behörden so weit gefördert worden, dass im Jahre 1888 zunächst bei der Strafanstalt Moabit (Berlin) eine Centralirrenstation für irre Verbrecher eingerichtet wurde, welche bisher erfolgreich wirkt und von Zeit zu Zeit einzelne ihrer Insassen uns zuweist.

Der Anfang ist also bei uns in zweckmässiger Weise gemacht worden, aber es scheint mir eine weitere Entwicklung hier durchaus nothwendig. Der p. Stein hat monatelang in jener Centralirrenstation gelebt und doch waren seine verbrecherischen Neigungen noch nicht so weit disciplinirt worden, dass er nicht geradezu als eine Calamität für unsre Irrenanstalt gegolten hätte. Er hätte demnach längere Zeit dort oder in den ähnlichen Verhältnissen verweilen müssen. Die Kgl. Staatsanwaltschaft dringt natürlich auf sichere Verwahrung, das ist für sie die Hauptsache, wir Irrenärzte

[1]) Zeitschr. f. Psych. Bd. 45.
[2]) Ebenda. Bd. 20.
[3]) Ebenda. Bd. 28.
[4]) Ebenda. Bd. 27.

Digitized by Google

wollen aber dem irren Verbrecher wie jedem andern Irren in unsrer Anstalt möglichst günstige Bedingungen für die Heilung seiner Krankheit darbieten. Letztre beruhen aber doch gerade der Hauptsache nach in der Art und Weise der ganzen Anstaltseinrichtung. Darin gehen also die Hauptprincipe der Strafanstalt und der Heilanstalt völlig auseinander.

Noch vor einigen Jahrzehnten bestand allerdings zwischen manchen Straf- und Irrenanstalten kein so erheblicher Unterschied. Seitdem aber die wissenschaftlichen Forderungen im Interesse der Heilung und wesentlichen Besserung der Irren, immer mehr auf die freiere Behandlung letzterer hinwies, da entwickelten sich auch die Heilanstalten ganz naturgemäss in dieser Richtung weiter nach Bauart, Umgebung, nach der Schulung ihres Personals und endlich in ihrem ganzen inneren Wesen, also in ihrer gesammten Organisation. Dabei verstand es sich schliesslich wie von selbst, dass seit mindestens einem Jahrzehnt die meisten Heilanstalten jegliches Zwangsmittel, welches früher für durchaus nöthig gehalten worden war, völlig und für immer verbannt hielten. Und das gerade zur sichtbaren Beruhigung für die Kranken wie für ihre Angehörigen und zur Hebung des sittlichen Gehaltes des Wartpersonals, an welches dadurch allerdings viel höhere Anforderungen gestellt wurden. Nur für den Nothfall, also ausnahmsweise und zur vorübergehenden Benutzung hatte man für besonders aufgeregte Kranke Isolirzellen vorgesehen, welche durchaus gute hygieinische Verhältnisse, namentlich einen reichlichen Luftcubikraum enthalten müssen, bis auf mehr oder weniger fehlendes Mobiliar wegen der Gefahr der Selbstbeschädigung, aber ganz wohnlich sind. Das ist doch ein gewaltiger Unterschied gegenüber den Strafmitteln und dem Zellensystem, dessen die Strafanstalt und namentlich das Zuchthaus nicht entbehren kann.

Was ferner das Wartpersonal der Heilanstalt betrifft, so besteht das vielfach aus jungen, ungedienten aber willigen Leuten. Diese müssen erst zur Ordnung, zum Gehorsam, zur Aufmerksamkeit, Selbstbeherrschung und Entsagung, überhaupt zu allen guten Eigenschaften, welche dieser Krankendienst erfordert, mit vieler Mühe und Geduld erzogen werden. Auf diesem Wege versagen aber nicht wenige, bevor sie das sichre Bewusstsein der Verantwortlichkeit ihrer Stellung in sich zu entwickeln vermögen. Anders bei

Digitized by Google

den meist ältern, im Militärdienst erprobten Gefangenaufsehern, welchen ausserdem noch andre wichtige Momente in ihrem Dienst ein Gefühl von Kaltblütigkeit und Sicherheit verleihen. Ihnen steht doch bei drohender Beschädigung die Waffe zur Verfügung, und für alle Fälle verbleibt ihnen die Aussicht auf Pension.

Die Instruction der Heilanstalt verbietet dem Personal nachdrücklich jegliche Erwiderung einer Thätlichkeit, ja ahndet sie mit Dienstentlassung u. s. w. Denn alles muss den Kranken gegenüber streng vermieden werden, was psychisch erregend auf dieselben wirken könnte. In dieser Rücksicht können freilich Isolirungen von Kranken nur für kurze Zeit und lediglich zu ihrer Beruhigung nothwendig werden. Die Heranziehung der Isolirzelle dagegen für einen Kranken, nur weil er ein irrer Verbrecher ist, für den grössern Theil des Tages, ausser wo er einige Stunden im Garten mit den andern Kranken sich ergehen oder mit ihnen in den Gesellschaftsräumen weilen darf, oder ähnliche Maassnahmen, blos um ihn sicher zu verwahren, das widerspricht systematisch dem humanen Geiste der Heilanstalt. Selbstverständlich wirkt das auf einen irren Verbrecher, der intelligent genug geblieben ist um das aufzufassen, wie für seine Person eine ganz andre Behandlungsart als gegen alle andern in ähnlichen Krankheitszuständen angewendet wird, nun vollends wenn er an Beeinträchtigungswahnideen leidet, nur schädigend, anstatt dass ihm alle nöthigen Hilfsmittel dargeboten werden müssten, um ihn von seinen Wahnvorstellungen abzulenken.

Dabei muss man doch das immer im Auge behalten, dass die meist jungen Wärter der Heilanstalt der geistigen Gewandtheit, der Verstellungskunst, der Pläneschmiederei bestimmter geisteskranker Verbrecher nicht im entferntesten gewachsen sind. Solche Individuen wie der p. Stein verstehen es harmlose Creaturen, trotz aller Hinweise und Ermahnungen von sachverständiger Seite, doch immer wieder in Sicherheit betreffs ihrer Person zu wiegen durch das ihnen gegenüber zur Schau getragene biedere, treuherzige und harmlose Wesen. Auf diese Weise gelingt es letztern meist früher oder später die Wärter in der verschiedensten Art zu überlisten. Denjenigen freilich gegenüber, von welchen sie sich durchschaut fühlen, stellen sich solche geisteskranken Verbrecher meist alsbald auf den Kriegsfuss, treten ihnen keck und herausfordernd, nicht selten auch ernstlich drohend entgegen und sind thatsächlich höchst

Digitized by Google

gefährliche Individuen. Dabei entwickeln sie oft eine Redegewandtheit gepaart mit Sophismus nach Art der Volksverführer, die in manchen Köpfen sehr wohl Verwirrungen anrichten kann.

Dennoch gilt der Verbrecher nach den Erfahrungen sachverständiger Aerzte[1]) im Allgemeinen betreffs seiner Intelligenz, seines Auffassungs- und Combinationsvermögens gegenüber den Nichtverbrechern für benachtheiligt. Bei ihnen ist ferner das Gemüths- und Empfindungsleben abgestumpft und in erster Reihe die Willens- und Widerstandskraft herabgesetzt. Bezüglich bestimmter an der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit vorgeschobener Individuen, formulirt sogar *Günther*[2]) neuerdings einen bestimmten Vorschlag, dass nämlich in Berücksichtigung der geistig Defecten durch Errichtung besonderer Abtheilungen innerhalb der Strafanstalt gesorgt werde. Bei Leistung und Disciplinirung der einzelnen Gefangenen habe aber der Arzt dann mitzuwirken.

Lediglich aus praktischen Rücksichten und besonders in verständlicher Weise für den Juristenstand, könnte man die geisteskranken Verbrecher in zwei einfache Gruppen eintheilen. Zuerst in eine, zu welcher solche Individuen gehören, bei denen sich die Form ihrer Geisteskrankheit mit den bekannten genügend gut umgrenzten psychischen Krankheitsformen im Allgemeinen deckt. Diese Kranken in deren Gesammtverhalten sich also mehr oder minder scharf der Typus der jeweiligen bestimmten Krankheitsform ausgesprochen findet, und welche von ihren kranken Vorstellungen vorwiegend in Anspruch genommen werden, können meist ohne Weiteres den verschiednen Abtheilungen der Heilanstalt zugetheilt werden. Zweitens aber in eine kleinere Gruppe, welche diejenigen Persönlichkeiten umfasst, wo bisher in der Regel nur bestimmte mehr vereinzelte anomale, also doch krankhaft psychische Aeusserungsweisen zu Tage traten, die aber nach wissenschaftlichem Urtheil für sich betrachtet, noch nicht das Bild einer Geisteskrankheit darstellen. Das wird aber unter bestimmten Umständen der Fall, sei es durch zeitweilige Steigerung oder bestimmte Combination jener krankhaften Aeusserungen, welche denn den Betreffenden für kürzere oder längere Zeit dennoch als wirklich geistes-

---

[1]) *Bär*, Der Verbrecher. Leipzig 1893.

[2]) *Günther*, Behandl. u. Unterbring. der irren Verbr. Leipzig 1893.

Digitized by Google

krank erscheinen lassen. So z. B. bei psychopathischen und auch bei manchen neuropathischen Individuen, bei psychischen Minderwerthigkeiten, oft in Verbindung mit moralischem Defect, bei abortiven Formen von Paranoia, etwa schon mit Hindeutung auf Verfolgungswahn, bei manchen Epileptischen u. dgl. Derartige pflegen aber gerade diejenigen geisteskranken Verbrecher zu sein, wo die verbrecherische Veranlagung den Haupt-Charakterzug des betreffenden Menschen auch hier zur Aeusserung bringt. Bei Abwägung und Zusammenfassung bestimmt ausgeprägter psychischer Krankheitssymptome also müssen dergleichen Persönlichkeiten für die Dauer des Bestehens solcher Zustände in juristischem Sinne als an krankhafter Störung der Geistesthätigkeit leidend angesehen werden, durch welche ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen wird. Gerade auch bei ihnen kann jedoch eine zweckmässige psychische Kurmethode allmälig das erzielen, dass nach und nach einzelne Krankheitserscheinungen abbröckeln und zurücktreten, so dass nach längerer oder kürzerer Zeit kein als Geisteskrankheit zusammenfassbares Bild mehr übrig bleibt, weil sie allmälig wieder andauernd besonnen zu reden und zu handeln vermögen. Es tritt damit aber der Zeitpunkt ein, wo solche Individuen folglich nicht mehr als geisteskrank beurtheilt werden dürfen, vielmehr als wiederum befähigt ihre Strafzeit weiter zu verbüssen.

Diese ganze Kategorie liefert übrigens, was ich nebenbei hervorheben muss, mehrfache Fälle, die namentlich bei nicht sachgemäss genug und nicht lange genug auf sie ausgeübter Beobachtungszeit, und zumal bei mangelnder Erfahrung, sogar eine verschiedenartige wissenschaftliche Beurtheilung finden können. Weil nun gerade derartige geisteskranke Verbrecher vorwiegend ihre Verbrechernatur zu bewahren pflegen, passen die schlimmsten von diesen durchaus nicht für die Räume in der modernen Heilanstalt und sind dadurch ein wahres Kreuz für die jetzige Irrenanstaltsbehandlung und ihre Hausdisciplin, weil sie Unzufriedenheit, Auflehnung u. s. w. anstiften, nur auf Flucht sinnen und ernstlich bedrohlich und gefährlich werden. Und das um so mehr, weil ein entsprechender Apparat ihnen gegenüber nicht bereit steht und aus innern Gründen nicht bereit stehen kann. Von diesen wenigen also sage ich, dass sie in einem Anhängsel der Strafanstalt mit der dort üblichen Disciplin und deren Hülfsmitteln sie unschädlich

Digitized by Google

zu machen gehören, dass sie aber auch unbedingt daselbst irrenärztlich behandelt werden müssen.

Die verbrecherischen Irren, um das wenigstens hierbei zu berühren, die also erst, nachdem bei ihnen die Geisteskrankheit aufgetreten war, event. während der Kur in der Heilanstalt ein Verbrechen verübten, sollen der Regel nach auch fernerhin in der Heilanstalt verbleiben. Denn genügend langen Anstaltsaufenthalt vorausgesetzt, werden sie sich am besten der weiteren Ordnung und Disciplin derselben anpassen lassen. Nur ganz ausnahmsweise dürfte einmal ein Fall vorkommen, dass etwa ein frisch erkrankter Irrer ein schweres Verbrechen in der Heilanstalt beging, wo im Zusammenhalt mit dem Gesammtwesen dieses speciellen verbrecherischen Irren, die Versetzung in eine strengere Disciplinirung, wie sie die Irrenstation bei der Strafanstalt voraussetzt, zweifellos das richtigere wäre. Ein derartiger Fall dürfte also wohl auch ausnahmsweise einmal durch ministerielle Verfügung nach einer solchen Irrenstation verbracht werden können.

Die gesetzliche Regelung der Ueberführung eines geisteskranken Verbrechers nach der Irrenstation bei der Strafanstalt u. dgl. wäre dem gegenseitigen Einvernehmen zwischen dem Ministerium des Innern und der Justiz zu überlassen. Namentlich erscheint mir auch eine gesetzliche Regelung darüber nothwendig, dass die Centralirrenstation zu Moabit den Aufenthalt eines Einzelnen unter ganz besondern Bedingungen einmal über den Ablauf seiner Strafzeit hinaus ausdehnen darf. Dasselbe würde im Einzelfall auch einmal für die Irrenstation bei einer Prov.-Strafanstalt zu gelten haben. Denn die wirkliche Gefährlichkeit eines Einzelnen kann ausnahmsweise einmal Jahre lang andauern, während sie bei einem Andern, der bei frischer Erkrankung als ein nicht minder gefährlicher Verbrecher galt, in viel kürzerer Zeit, durch Rückbildung oder Wechsel der hauptsächlichsten Krankheitssymptome, etwa auch durch Charakterveränderung u. s. w. so erheblich zurücktreten kann, dass ein solcher ebenfalls einer ruhigen individuellen Beurtheilung gegenüber, nunmehr völlig geeignet erscheint in die mildere Disciplin der Prov.-Irrenanstalt übergeführt zu werden.

Die meisten geisteskranken Verbrecher, mit den oben besprochenen wenigen Ausnahmen, können also gemäss der in den letzten Jahren geübten Praxis, den einzelnen für sie zuständigen

Digitized by Google

Prov.-Heilanstalten zugetheilt werden. Daselbst lassen sie sich entsprechend ihrer jeweiligen psychischen Krankheitsform, ganz gut den einzelnen Krankenabtheilungen derselben zuweisen. Verschweigen will ich dabei keineswegs, dass da, wo gerade einmal gleichzeitig mehrere derartige Leute unterzubringen sind, auch für die Prov.-Heilanstalt bezüglich der Aufrechthaltung der üblichen Disciplin, eine momentane und selbst eine länger andauernde grosse Unbequemlichkeit entstehen kann. Sowie dass einzelne irre Verbrecher in der Folge selbst öftern Wechsel von der einen nach der andern Abtheilung der Anstalt durchmachen müssen, wenn dieselben nämlich durch Zusammenhalten mit ähnlich veranlagten Irren dort gefährlich zu werden drohen. So z. B. hatte die Heil- und Pflegeanstalt Eichberg ein paar Monate nach der Aufnahme des Ludwig Stein den Anton Meng aus der Centralirrenstation Moabit erhalten, einen vielfach wegen Diebstahls, Sachbeschädigung, Körperverletzung u. s. w. bestraften grossen, protzigen imbecillen Kerl. In demselben Jahre auch daher den epileptischen Fahnenflüchter Theod. Klein, ein paar Monate zuvor ferner den Paranoiker Joh. Kaltwasser, der seine eigene Mutter in lebensgefährlicher Weise bedroht hatte und mit sieben Jahren Zuchthaus bestraft worden war. Dazu befanden sich noch manche andere benkliche Individuen gleichzeitig in der Anstalt, die schon in der Untersuchungshaft als geisteskrank erkannt worden waren, wie Wilh. Nicodemus, der seine Ehefrau und sein einziges Söhnchen eines Morgens im Wahn erschossen hatte, und andre. Zugleich mussten auch stets mehrere Irre auseinander gehalten werden, wo stark ausgeprägte Erscheinungen von Moral insanity ihre Befähigung zu Complottirung bei grosser Fluchtneigung ausser allen Zweifel gesetzt hatte. Ausserdem blieben endlich noch einzelne Untersuchungsgefangene, die zur Beobachtung ihres Geisteszustandes der Anstalt auf die Dauer von sechs Wochen zugewiesen waren, Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit.

Schliesslich erübrigt es mir noch, einige praktische Vorschläge betreffs der Ausführung einer Irrenstation bei der Strafanstalt anzuknüpfen. Den örtlichen Beziehungen meines jetzigen Wirkungskreises gemäss, kann ich an das anknüpfen, was ich bereits von *Snell* in der Versammlung zu Speier[1]) angedeutet finde. Ich halte

[1]) Zeitschr. f. Psych. Bd. 18, S. 841.

Digitized by Google

es also für zweckmässig und für nothwendig, an einer und der andern preussischen Strafanstalt, nach Berücksichtigung genauer abzugrenzender Bezirke, besondere Einrichtungen zur Kur und Pflege für eine kleine Anzahl von geisteskranken Verbrechern herzurichten. Ein Appendix für etwa acht bis zehn derselben liesse sich ohne grosse Kosten an dem Lazarett einer solchen Strafanstalt als Irrenstation herstellen. Dieselbe würde ausreichen, um die zu der oben näher bezeichneten Kategorie gehörigen geisteskranken Verbrecher aus ein paar benachbarten Provinzen aufzunehmen.

Eine Hauptbedingung für die richtige Organisation einer solchen Irrenstation ist dabei die, dass ein psychiatrisch gut vorgebildeter Arzt an ihrer Spitze gestellt wird. Das hob schon *Gutsch*[1]) hervor, dass alle Mittel zur Hand sein müssen, um den Kranken am Straforte selbst geeignet behandeln zu können. Hierbei sei das heilende Moment nicht zu unterschätzen, das in der Angewöhnung an die Strafanstalt und in der Verhinderung der Gefahr der Recidive liege, die bei der nöthigen Rückverbringung aus der Irrenanstalt immer zu befürchten wären. Das Strafgefängniss Eberbach i. Rheingau liegt in günstiger Weise nur 10 Minuten von der Heilanstalt Eichberg entfernt, ist mit ihr telephonisch verbunden und hatte seit Jahrzehnten stets einen Psychiater (Assistenten der Heilanstalt) zum Anstaltsarzt. Darum erscheint mir dasselbe sehr geeignet dazu eine Irrenstation für bestimmte irre Verbrecher aus Hessen-Nassau und der benachbarten Provinz Westfalen gerade dort zu begründen.

Die specielle Einrichtung der Irrenstation wäre erst in zweiter Linie zu erörten. Ich würde einen grössern Aufenthaltssaal empfehlen mit einem Wärterzimmer daneben und einem kleinen Schlafzimmer für zwei bis drei Kranke. Dasselbe könnte auch bei gelegentlicher körperlicher Erkrankung oder für besondere Ueberwachung erwünscht sein. Für die übrigen Insassen müssen mehrere isolirte Schlafzellen in dieser Abtheilung vorhanden sein. Die Werkstätten der andern Verbrecher dürften für den einen oder den andern aus der Irrenstation mit benutzbar sein, jedenfalls wäre aber ein Reservearbeitszimmer auch in der Station selbst mit vorzusehen. Die Spazierhöfe der Andern würden in der Annahme, dass sie bequem zugänglich gemacht werden könnten, den grössern Theil des Tages über für die irren Verbrecher frei stehen. Die Irren-

[1]) Zeitschr. f. Psych. Bd. 30, S. 405.

Digitized by Google

wärter endlich brauchten sich äusserlich in nichts von Aufsehern zu unterscheiden, sie müssen nur die Kenntnisse der Irrenpflege vor letzteren voraus haben.

Der Aufnahmeantrag in die Irrenstation der Strafanstalt wäre wohl auf ärztliches Gutachten hin vom Strafanstaltsdirector an den zuständigen Ober-Staatsanwalt zu stellen. Letzterer hätte dann, unter Zustimmung des Herrn Ministers des Innern, das Weitere zu veranlassen. Die Zahlung der Verpflegungskosten in der Irrenstation würde für die Zeit der Kur zweifellos von dem betreffenden Landesdirector zugesichert werden. Das wäre zumal dann nöthig, wenn die Beibehaltung des bisherigen gesetzlichen Modus beliebt würde, dass ein geisteskranker Verbrecher für die Zeit seiner Kur aus der Strafhaft entlassen werden müsste und nicht etwa bloss beurlaubt würde u. dgl. und wenn man ihn somit einem bestimmten Landarmenverband, und sei das selbst mehr formell, zur weiteren Pflege zuweisen müsste.

Wenn wir erst einmal derartige Irrenstationen haben werden, dann wird wirklich einzelnen irren Verbrechern aus der Zahl der Leidenschaftsverbrecher, also denjenigen, die ihrem besondern Gesammtverhalten gemäss für Aufnahme und Kur in einer Heilanstalt als völlig ungeeignet bezeichnet werden müssen, die beste Fürsorge zu Theil gegenüber ihrer Fluchtneigung, ihrer Neigung zu Unbotmässigkeit, zu Complottirung u. s. w. Andrerseits wird ihnen aber so die Möglichkeit geboten, sich viel und doch gesichert im Freien zu ergehen, durch Versetzung in andre bessre Verhältnisse, also unter psychiatrischer Anleitung von ihren krankhaften Vorstellungen abgelenkt und zur Selbstbeherrschung angeleitet zu werden. Endlich werden sie in der gewohnten Art und Weise der Strafanstalt geeignete Beschäftigung erhalten, um auf alle richtige und sachgemässe Behandlungsart der Heilung oder Besserung zugeführt zu werden. Und diese Leute würden nach erfolgter Heilung wieder in die Strafanstalt zur Straffortsetzung oder nach Besserung und erfolgreicher Disciplinirung in die Landesirrenanstalt übertreten können, um in der Irrenstation für Neuaufnahmen immer wieder Platz zu machen.

Fasse ich jetzt zum Schlusse die Vortheile kurz zusammen, welche eine Irrenstation bei der Strafanstalt gemeinsam für ein paar benachbarte Provinzen errichtet, hauptsächlich darbietet, so finde ich dieselben darin beruhend, dass

Digitized by Google

1) das erzielt wird, dass bestimmte Elemente der Heilanstalt fern gehalten werden, welche dem Gesammtorganismus derselben fremd sind und fremd bleiben, und welche deren für sie noch dazu unzureichende Disciplin in schädlicher Weise stören, gerade wegen ihrer hervorragenden verbrecherischen Neigungen im Zusammenhalt mit ihren eigenartigen psychischen Krankheitssymptomen. Durch diese Einrichtung würde es also ermöglicht bleiben der Heilanstalt die freundliche und ansprechende Aussenseite gerade für Heilsbedürftige fernerhin zu erhalten.

2) dass ferner für die dafür sehr empfänglichen Insassen eine grosse Beruhigung und zwar vom Anfang der Kur an in dem Umstand begründet wäre, dass es sich der Regel nach hier in der Irrenstation für sie, wie überhaupt in der Strafanstalt, nur um einen zeitlichen Aufenthalt handeln werde. Dagegen dauerte nach Versetzung in die Heilanstalt der Aerger darüber an und wirkte aufregend, dass die Zeitdauer des Aufenthaltes daselbst für sie ganz unabsehbar wurde.

3) dass für solche geisteskranken Verbrecher die gewohnte Disciplin der Strafanstalt in der Hauptsache unverändert fortdauert, nur modificirt durch irrenärztliche Fürsorge. Dadurch fällt aber ein mächtiger Anreiz für sie fort gegenüber einer Versetzung in die Heilanstalt, woselbst ihrem Bewusstsein die Wahrnehmung sich andauerud aufdrängen muss, dass sie Gegenstand ganz besonderer Aufmerksamkeit geworden sind, dass mit ihnen ganz allein etwas ganz besonderes vorgenommen wird, was in der Gesammtwesenheit der Heilanstalt keineswegs liegt.

4) dass gerade mit in Rücksichtnahme auf die beiden letzten Punkte, die Heilsbedingungen für den irren Verbrecher in der Irrenstation viel günstiger sich gestalten werden, als bei seiner Ausnahmestellung in der Irrenanstalt selbst gegenüber allen andern Kranken. Wo doch hier der geistig erkrankte Verbrecher nur in eine eigens dafür eingerichtete Krankenstation versetzt worden ist, wie jeder körperlich Kranke ins Lazerett daneben, und ebenso nach eingetretener günstiger Wendung der Krankheit, bequem wieder zurückversetzt werden kann. Denn jene Station erhält innerhalb des grossen Strafanstalts-Organismus durch die irrenärztliche Leitung und Fürsorge, dennoch gewissermaassen den Charakter einer kleinen und gut geordneten Heilanstalt.

Digitized by Google

Die Hypoplasie des Herzens bei Geistesschwachen.

Von

Director Dr. **Wulff**-Langenhagen.

Wie allgemein bekannt und von verschiedenster Seite [*Schrötter*[1]), *Féré et Queronne*[2]), *Reuter*[3]), *Rosenbach*[4]), *Engel*[5]), *Virchow*[6])] nachgewiesen, kommt eine Atrophie des Herzens und Hypoplasie desselben im Gefolge von langwierigen Erkrankungen, gewissermaassen als marastischer Zustand, so bei Tuberculose, Krebs, langdauernden Eiterungen, Typhus, Dysenterie, schwerer Chlorose u. dgl. m. vor.

Wenn auch vielleicht im Allgemeinen anzunehmen ist, dass bei diesen, die Ernährung des Körpers überhaupt stark beeinträchtigenden Erkrankungen, zugleich auch das Herz in Mitleidenschaft gezogen wird und an Gewicht einbüsst, so nimmt doch schon *Benecke*[7]) an, dass bei Phthisis die Atrophie, resp. die mangelhafte Entwickelung des Herzens als ursächliches, prädisponirendes Moment durch Vermittelung einer insufficienten Blutcirculation und der damit einhergehenden insufficienten Ernährung der Organe, aufzufassen

[1]) *Schrötter, Ziemss.*'s Handb. VI, S. 204.
[2]) *Féré et Queronne*, Progr. médec. 31. 1884.
[3]) *Reuter*, Inaug. Diss. München.
[4]) *Rosenbach, Eulenburg*'s Realencykl.
[5]) *Engel*, Wiener med. Wochenschr. 1863. 44—46.
[6]) *Virchow*, Ueber Chlorose etc. 1872.
[7]) *Benecke*, Die anatomischen Grundlagen der Const.-Anomalien. 1878.

Digitized by Google

sei. Eine ähnliche Auffassung hat *v. Jürgensen*[1]), die auch *Ohlmüller* (nach *Reuter* l. c.) theilt, um so viel mehr als er nachzuweisen vermochte, dass bei manchen länger dauernden, die Ernährung beeinträchtigenden Erkrankungen, die thätigen Organe, vor allem das Herz und die nervösen Centralorgane keineswegs eine Abnahme zeigen.

Nun fiel mir schon seit langen Jahren bei den Obductionen Geistesschwacher stets auf, dass das Herz, auch bei sonst normal entwickelten und gut genährten Individuen, immer verhältnissmässig klein erschien, was mich veranlasste, Gewichtsbestimmungen desselben vorzunehmen. Dies ist bis jetzt in 123 Fällen geschehen.

Es liegt ja der Gedanke nahe, dass von der Ausbildung des Herzens, von der davon abhängigen Energie und Ausgiebigkeit der Blutcirculation im Allgemeinen, auch die Ernährung und indirect zum Theil die Functionen anderer Organe, speciell auch des Centralnervensystems, bis zu einem gewissen Grade abhängig sein werden. Dies ist auch wiederholt in der Literatur, soweit mir diese zu Gebote steht, betont, so von *Nothnagel*[2]), der sagt, dass bei verringerter Leistungsfähigkeit des Herzmuskels leichtere Grade von Hirnanämie dauernd vorhanden sind; von *Savage*[3]), der sich dahin ausspricht, dass die Thätigkeit des Gehirns in hohem Grade von der Art und Weise der Nahrungszufuhr von Seiten des Herzens abhängig ist. Ebenso hält *Griesinger*[4]) die Blutversorgung für bedeutungsvoll für die Functionen des Gehirns, sowohl die Blutversorgung des Gehirns selbst wie seiner Meningen, er sagt speciell: „Immer wird man sich an diese Zustände eine ungenügende und anormale Ernährung des Gehirns geknüpft denken müssen; bei langsamer Entstehung und chronischer Andauer scheinen sich hier hauptsächlich Zustände von Schwäche und Blödsinn zu ergeben.“ Auch *v. Krafft-Ebing*[5]) würdigt bei der Aetiologie der Geisteskrankheiten in gebührender Weise die abnormen Circulationsverhältnisse.

---

[1]) *v. Jürgensen*, Lehrbuch, S. 250.
[3]) *Nothnagel*, *Ziemss.*'s Handb. XI, S. 13.
[2]) *Savage*, Geisteskrankheiten. Deutsch von *Knecht*. S. 488.
[4]) *Griesinger*, Pathol. u. Therapie. 1876. S. 167 u. 430.
[5]) *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch, S. 377 ff.

Digitized by Google

In einer Arbeit von Dr. *Arrigo Tamassia*[1]) wird auch dem Herzen besondere Berücksichtigung geschenkt, er erwähnt, dass bei Irren das Herzgewicht im Allgemeinen höher als bei Gesunden gefunden werde, besonders bei den mit Excitation einhergehenden Formen; dass das geringste Herzgewicht aber gefunden werde bei den Formen, wo Depressionserscheinungen vorherrschen, bei chronischer Manie, bei Blödsinn und bei pellagrösen Erkrankungen; dass andererseits eigentliche Herzfehler aller Art am häufigsten bei Alcoholismus (100 pCt.), Blödsinn (90 pCt.), chronischer Manie (87 pCt.), Epilepsie (75 pCt.) und allgemeiner Paralyse (70 pCt.) vorkämen.

Der einzige Fall, den ich in der Literatur gefunden habe, wo auf die Kleinheit des Herzens bei einem Geistesschwachen hingewiesen ist und dessen Bedeutung angedeutet wird, stammt von *Hagen*[2]), der ihn der physik.-medic. Societät in Erlangen vorführte, bei dem sowohl in Bezug auf Körperlänge, wie auf Körper- und Gehirngewicht das Herzgewicht um ein bedeutendes zurückgeblieben war.

Ich gehe jetzt zur Mittheilung der von mir ermittelten Werthe über. Vorweg will ich bemerken, dass das Gewicht des Herzens unmittelbar nach der Herausnahme ermittelt wurde, nachdem sämmtliches Blut und Gerinnsel entfernt waren. Die grossen Arterien wurden möglichst nahe dem Herzen abgetrennt, weil nach *Müller* (l. c.) die intrapericardiale Strecke der grossen Arterien fast 10 pCt. des Herzgewichts ausmacht. Ich gebe die Gewichtsergebnisse nachstehend in Tabellenform und füge des Vergleichs halber und um die Abweichungen gleich vor Augen zu führen die Gewichtsangaben und Längenmaasse hinzu; andererseits stelle ich den von mir gefundenen Zahlen die bei Geistesgesunden ermittelten nach *Müller*[3]), *Thoma*[4]), *Krause*[5]) gegenüber. Auch habe ich der Uebersicht halber einzelne Curven hinzugefügt.

---

[1]) *Arrigo Tamassia*, Annal. univers. di medic., vol. 230. Ref. im Irrenfreund. 1876.

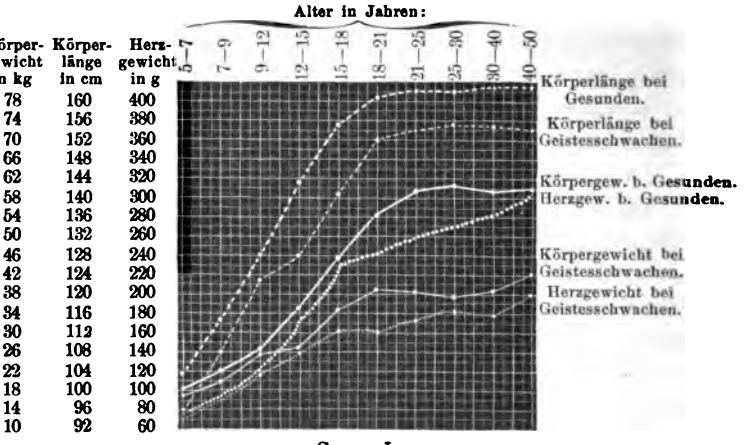
[2]) *Hagen*, Irrenfreund. 1872. S. 119.

[3]) *Müller*, Die Massenverhältnisse des menschlichen Herzens.

[4]) *Thoma*, Untersuchungen über die Grösse und das Gewicht. S. 27

[5]) *Krause*, Anatomie II. S. 963 ff.

Digitized by Google



Curve I.

Tabelle I.

(Cfr. Curve I.)

Alter in Jahren.	Bei Geistesgesunden: durchschnittl. Körpergewicht. kg	durchschnittl. Körperlänge. cm	durchschnittl. Herzgewicht. g	Bei Geistesschwachen: durchschnittl. Körpergewicht. kg	durchschnittl. Körperlänge. cm	durchschnittl. Herzgewicht. g	Zahl der Fälle.
von 5— 7	18,0	103	72,8	17,0	95	70,0	9
über 7— 9	22,0	115	93,0	20,0	108	91,0	13
- 9—12	26,5	128	122,6	25,8	123	117,0	16
- 12—15	35,0	143	171,0	27,0	128	139,0	20
- 15—18	45,5	155	230,0	34,8	141	162,0	21
- 18—21	54,3	161	242,0	39,0	152	162,0	16
- 21—25	59,2	162	259,0	38,4	154	173,0	14
- 25—30	60,5	162	270,0	37,5	155	182,0	6
- 30—40	59,2	163	282,0	38,8	155	179,0	3
- 40—50	59,6	163	303,0	42,4	154	201,0	5
überhaupt	44,9	160,0	292,0	31,0	126,3	142,7	123

Es zeigt sich hieraus, dass einerseits das Herzgewicht bei den Geistesschwachen gegen das der Geistesgesunden überhaupt zurückbleibt, dass andererseits mit zunehmendem Alter die Gewichtszunahme bei ersteren wesentlich geringer ist (etwa das 3fache), als bei letzteren (etwa das $4^1/_2$fache). Wie schon ***Hagen*** hervorgehoben hat, war in seinem Falle ein nachweisbares Missverhältniss zwischen dem Herzgewicht und dem entsprechenden Körper-

Digitized by Google

gewicht und der entsprechenden Körperlänge nachweisbar. Um dies klarer zu machen, wie es aus der vorstehenden Tabelle hervorgeht, will ich erstens die Zahlen nach gewissen Körpergewichtsgrenzen, und zweitens nach bestimmten Längenkategorien zusammenstellen, und neben den bei den Geistesschwachen gefundenen Werthen ebenfalls zum Vergleiche die Werthe für Geistesgesunde, zum Theil berechnet, nach *Quetelet*[1]), *Schadow*[2]), *Kind*[3]), *Vierordt*[4]), *Vierordt*[5]), *Landois*[6]) gegenüber stellen; dabei auch das proportionale Herzgewicht nach *Müller* herbeiziehen zum Vergleiche, da dies die Verhältnisse klar zu legen mir ganz besonders geeignet erscheint.

Tabelle II.

Körpergewicht.	Bei Geistesgesunden:			Bei Geistesschwachen:		
	durchschnittl. Körpergewicht.	absolutes Herzgewicht.	proportionales Herzgewicht.	durchschnittl. Körpergewicht.	absolutes Herzgewicht.	proportionales Herzgewicht.
kg	kg	g		kg	g	
10 —20	15,0	78,0	0,00520	16,1	76,0	0,00472
20,1—30	24,3	133,5	0,00549	24,7	118,0	0,00477
30,1—40	35,3	193,3	0,00547	35,0	155,0	0,00443
40,1—50	45,1	230,2	0,00510	45,8	169,0	0,00369
50,1—60	54,9	264,3	0,00481	52,1	183,0	0,00351
60,1—70	66,8	297,2	0,00445	69,2	208,0	0,00301
70,1—80	73,8	322,3	0,00437	75,0	217,0	0,00263
überhaupt	60,0	292,0	0,00487	40,6	142,7	0,00351

Aus diesen Zusammenstellungen (Tab. II u. III) ist deutlich ersichtlich, dass auch mit zunehmender Körperlänge und bei zunehmendem Körpergewicht das Herzgewicht bei Geistesschwachen gegenüber dem bei Geistesgesunden beträchtlich zurückbleibt, dass aber auch, und dies erscheint mir noch wichtiger, das Proportionalgewicht bei Geistesschwachen bedeutend zurückbleibt, ebenso das auf den cm berechnete Herzgewicht bei ihnen ein viel geringeres bleibt, als bei Geistesgesunden.

---

[1]) *Quetelet*, Anthropométrie. p. 177—346.
[2]) *Schadow*, Polyctet.
[3]) *Kind*, Ueber Längenwachsthum. Arch. f. Psych. 1876.
[4]) *H. Vierordt*, Daten u. Tabellen.
[5]) *K. Vierordt*, Physiologie.
[6]) *Landois*, Physiologie. p. 472.

Digitized by Google

Tabelle III.

Körperlänge.	Bei Geistesgesunden:			Bei Geistesschwachen:		
	durchschnittliche Länge.	absolutes Herzgewicht.	auf 1 cm Länge kommt Herzgew.	durchschnittliche Länge.	absolutes Herzgewicht.	auf 1 cm Länge kommt Herzgewicht.
cm	cm	g	g	cm	g	g
80— 90	86,0	79,5	0,92	83,3	79,0	0,95
91—100	95,1	90,0	0,95	97,8	87,0	0,89
101—110	106,3	91,5	0,86	106,9	90,0	0,84
111—120	116,2	123,5	1,06	116,5	115,0	0,98
121—130	125,9	150,0	1,19	125,1	120,0	0,96
131 - 140	137,8	154,0	1,12	137,5	135,0	0,98
141—150	145,8	201,0	1,38	145,4	148,0	1,02
151—160	155,7	259,0	1,66	156,5	175,0	1,12
161—170	165,9	304,0	1,83	167,3	190,0	1,14
überhaupt	160,0	292,0	1,82	126,3	142,7	1,13

Für uns liegt nun aber die Frage sehr nahe, wie verhält sich bei der vorliegenden Hypoplasie des Herzens der Geistesschwachen das letztere zur Ausbildung des Gehirns, in dem ja die Erscheinungen der Geistesschwäche begründet liegen; ist eine der verringerten Ausbildung des Herzens parallel gehende Abnahme des Gehirngewichts vorhanden, und wenn dies der Fall, entspricht dies Verhältniss auch dem bei Geistesgesunden vorhandenen, ist also beides auf eine gemeinsame Ursache der Entwickelung zurückzuführen, oder entspricht die nachgewiesene geringere Gehirnentwickelung bei Geistesschwachen [*Bartels*[1]), *Wulff*[2]), *Jensen*[3])] nicht der Verminderung des Herzgewichts im Vergleiche mit Geistesgesunden, ist hier vielleicht eine Begründung für die Abhängigkeit des einen von dem anderen nachzuweisen.

Wir werden also die Körperausbildung, speciell die Körperlänge und das Körpergewicht als Grundlage nehmen und die auf diese bezogene Ausbildung von Herz und Gehirn in Vergleich zu bringen haben.

---

[1]) *Bartels*, Ueber Gehirngewicht. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 44.

[2]) *Wulff*, Ueber das Hirngewicht. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 46.

[3]) *Jensen*, Untersuchungen. Arch. f. Psych. XX.

Digitized by Google

Tabelle IV.

(Cfr. Curve II und III.)

Körpergewicht. kg	Bei Geistesgesunden: durchschnittl. Körpergewicht. kg	durchschnittl. Gehirngewicht. g	proport. Gehirngewicht.	proport. Herzgewicht.	Bei Geistesschwachen: durchschnittl. Körpergewicht. kg	durchschnittl. Gehirngewicht. g	proport. Gehirngewicht.	proport. Herzgewicht.
10 —20	15,0	1075	0,072	0,00520	16,1	1115	0,069	0,00472
20,1—30	24,3	1180	0,049	0,00549	24,7	1182	0,048	0,00477
30,1—40	35,3	1277	0,036	0,00547	35,0	1269	0,036	0,00443
40,1—50	45,1	1289	0,029	0,00510	45,8	1278	0,028	0,00369
50,1—60	54,9	1348	0,025	0,00481	52,1	1314	0,025	0,00351
60,1—70	66,8	1334	0,020	0,00445	69,2	1319	0,019	0,00301
70,1—80	73,8	1419	0,019	0,00437	75,0	1254	0,017	0,00263

Tabelle V.

(Cfr. Curve III und V.)

Körperlänge. cm	Bei Geistesgesunden: durchschnittl. Körperlänge. cm	durchschnittl. Gehirngewicht. g	auf 1 cm Länge kommt Gehirn- g	Herzgewicht. g	Bei Geistesschwachen: durchschnittl. Körperlänge. cm	durchschnittl. Gehirngewicht. g	auf 1 cm Länge kommt Gehirn- g	Herzgewicht. g
80— 90	86,0	1180	13,9	0,92	83,3	937	11,2	0,95
91—100	95,1	1104	11,5	0,95	97,8	1025	10,4	0,89
101—110	106,3	1156	10,9	0,86	106,9	1105	10,3	0,84
111—120	116,2	1214	10,4	1,06	116,5	1098	9,4	0,98
121—130	125,9	1280	9,6	1,19	125,1	1153	9,2	0,96
131—140	137,8	1279	9,3	1,12	137,5	1140	8,3	0,98
141—150	145,8	1302	8,8	1,38	145,4	1221	8,4	1,02
151—160	155,7	1339	8,6	1,66	156,5	1261	8,1	1,12
161—170	165,9	1340	8,1	1,83	167,3	1326	7,9	1,14

Die für die Geistesgesunden angeführten Zahlenwerthe sind entnommen und zum Theil berechnet nach *Bischoff*[1]), *Clendinning*[2]), *Vierordt*[3]), *Bergmann*[4]).

Den Zusammenstellungen nach beträgt also, entsprechend dem Körpergewicht:

---

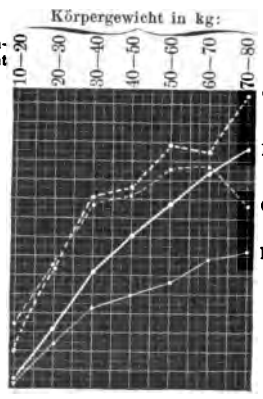
[1]) *Bischoff*, Das Hirngewicht.

[2]) *Clendinning*, Facts and Inferences. Med. chir. Transact. vol. XXI.

[3]) *K. Vierordt*, *Gerhardt*'s Handbuch.

[4]) *Bergmann*, Arch. u. Corr.-Bl. d. deutsch. Ges. f. Psych.

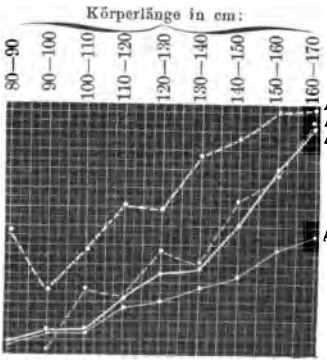
Digitized by Google



Absolutes Herzgewicht in g	Absolutes Gehirngewicht in g
370	1400
350	1375
330	1350
310	1325
290	1300
270	1275
250	1250
230	1225
210	1200
190	1175
170	1150
150	1125
130	1100
110	1075
90	1050
70	1025

Gehirngewicht bei Gesunden.
Herzgewicht bei Gesunden.
Gehirngewicht bei Geistesschwachen.
Herzgewicht bei Geistesschwachen.

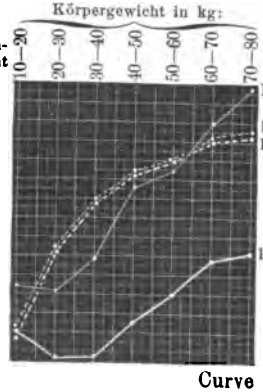
Curve II.



Absolutes Gehirngewicht in g	Absolutes Herzgewicht in g
1350	330
1325	310
1300	290
1275	270
1250	250
1225	230
1200	210
1175	190
1150	170
1125	150
1100	130
1075	110
1050	90
1025	70

Absol. Gehirngewicht bei Gesunden.
Abs. Gehirngew. b. Geistesschwachen.
Absol. Herzgewicht bei Gesunden.
Absol. Herzgew. b. Geistesschwachen.

Curve III.



Proport. Herzgewicht	Proport. Gehirngewicht
0,00260	0,000
0,00280	0,010
0,00300	0,015
0,00320	0,020
0,00340	0,025
0,00360	0,030
0,00380	0,035
0,00400	0,040
0,00420	0,045
0,00440	0,050
0,00460	0,055
0,00480	0,060
0,00500	0,065
0,00520	0,070
0,00540	0,075

Proport. Herzgewicht bei Geistesschwachen.
Proport. Gehirngewicht bei Geistesschwachen.
Proport. Gehirngewicht bei Gesunden.
Proport. Herzgewicht bei Gesunden.

Curve IV.

Digitized by Google

Die Abnahme des proportionalen Gehirngewichts:

a) bei den Geistesgesunden rund $^5/_7$

b) bei den Geistesschwachen fast $^5/_7$.

Dagegen beträgt die Abnahme des proportionalen Herzgewichts:

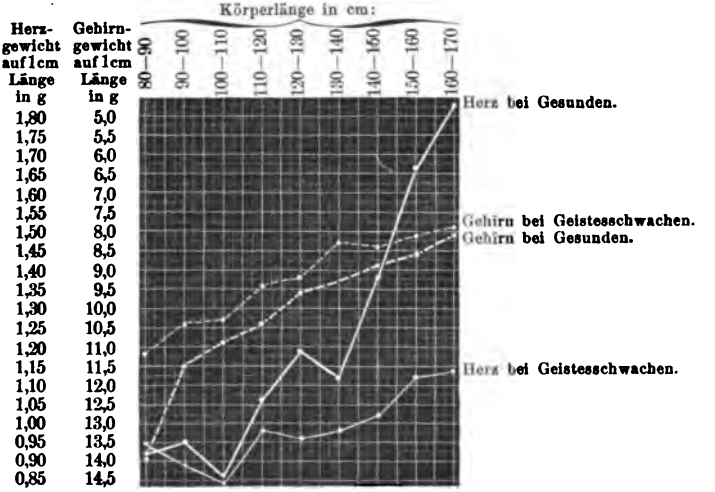
a) bei den Geistesgesunden rund $^1/_6$

b) bei den Geistesschwachen fast $^1/_2$.

Ferner beträgt entsprechend der Körperlänge, auf 1 Ctm. berechnet, die Abnahme des Gehirngewichts:

a) bei Geistesgesunden etwas weniger als $^3/_7$

b) bei Geistesschwachen etwas mehr als $^3/_7$.



Herzgewicht auf 1 cm Länge in g	Gehirngewicht auf 1 cm Länge in g
1,80	5,0
1,75	5,5
1,70	6,0
1,65	6,5
1,60	7,0
1,55	7,5
1,50	8,0
1,45	8,5
1,40	9,0
1,35	9,5
1,30	10,0
1,25	10,5
1,20	11,0
1,15	11,5
1,10	12,0
1,05	12,5
1,00	13,0
0,95	13,5
0,90	14,0
0,85	14,5

Curve V.

Dagegen beträgt die Zunahme des Herzgewichts:

a) bei Geistesgesunden rund $^1/_2$

b) bei Geistesschwachen nur $^1/_6$.

Demnach ergiebt sich also hieraus, dass die Entwickelung des Gehirns, die ja bei den Geistesschwachen eine geringere ist, als bei den Gesunden und den meisten anderen Geisteskranken, nicht parallel geht mit der Ausbildung des Herzens, dass wir also nicht berechtigt sind anzunehmen, dass die mangelhafte Herzentwickelung durch die Entwickelung des Gehirns bedingt sei, vielleicht, weil das in der Entwickelung zurückgebliebene Gehirn der Geistesschwachen einen entsprechend geringeren Einfluss auf die anderen

Digitized by Google

Körperorgane, speciell auf die Ernährung, auf das geregelte Vonstattengehen seiner Functionen u. s. w. ausübe.

Dies Missverhältniss zwischen Herz und Gehirn auf allen Entwickelungsstufen ist vielmehr wohl so aufzufassen, dass das Gehirn offenbar zu gross ist, um von dem kleinen Herzen die nöthige Menge Blut zu empfangen, wie sich schon ***Hagen*** (l. c.) äusserte. Da das Gehirn nun aber bis zu einer gewissen Grösse herangewachsen, wenn auch im Durchschnitt nicht soweit wie bei Geistesgesunden, da auch später keine directe Atrophie eintritt, die das Verhältniss zwischen Herz und Gehirn zur Norm zurückführt, so kann das von dem hypoplastischen Herzen zugeführte Blut für die allgemeine Ernährung wohl genügen, jedoch nicht mehr zu der erforderlichen Einwirkung auf Entwickelung und Ausbau der feineren Nervenelemente und zur Unterhaltung und Anregung der geordnet und in normaler Breite ablaufenden psychischen Functionen; so dass das Gehirn durch das hypoplastische Herz gewissermaassen functionell nicht auf der gehörigen Stufe erhalten werden kann.

Wir gelangen also zu der Annahme, dass die Entwickelung des Herzens in ähnlicher Weise auf das Gehirn und seine Functionen und natürlich auch auf die Ausbildung der übrigen Körperorgane einen Einfluss ausübt, wie die Autoren (cf. oben) einen solchen für die Entstehung bestimmter körperlicher Erkrankungen, speciell der Phthisis, anzunehmen geneigt sind, dass also durch die Herzhypoplasie eine gewisse Prädisposition für das Zustandekommen der Geistesschwäche erzeugt wird.

Die Frage ist hier berechtigt: Ist die Verminderung des Herzgewichts nicht durch eine auf besondere Ursachen zurückzuführende Atrophie bedingt? Dies muss verneint werden, denn abgesehen von einigen wenigen Fällen, wo nach mehr oder weniger acut verlaufender fieberhafter Krankheit, eine mässige Fettdegeneration gefunden ward, wurde ähnliches oder Verminderung der Consistenz, auch keine braune Atrophie weder makroskopisch noch mikroskopisch beobachtet. Ueberhaupt betraf die Hypoplasie stets das Herz als Ganzes, die Farbe zeigte keine Abweichungen, die Coronararterien verhielten sich normal; auch wurde an anderen Organen, z. B. Milz oder Leber, niemals Atrophie gefunden. Andererseits erschienen, in einzelnen Fällen deutlich, die im übrigen normalen Muskelfasern etwas schmäler als in der Norm. Ferner zeigten

Digitized by Google

sich häufig die Aorta und die grossen Arterienstämme zartwandig und, entsprechend der Entwickelung des Herzens, enger als gewöhnlich; auch ward in einzelnen Fällen eine geringgradige, beginnende Endarteritis chronica constatirt. Man ist demnach entschieden berechtigt, die Hypoplasie nicht als einen secundären, sondern als primären, in der ursprünglichen Anlage bereits gegebenen Zustand aufzufassen.

Die Schwierigkeit, den Einfluss des nervösen Centralorgans, da es primär ja ebenfalls in der Entwickelung bei den Geistesschwachen gestört ist, ganz auszuschliessen, verkenne ich nicht, ja ich glaube sogar sicher, dass dieser Einfluss, wenn auch nicht in so bedeutender Weise, zur Geltung kommt im Laufe der Entwickelung aller Körperorgane. Aber immerhin halte ich mich für berechtigt, der Hypoplasie des Herzens bei der Aetiologie der Geistesschwäche eine nicht geringe Bedeutung zuzuschreiben.

Klinisch ist ja naturgemäss leider der Nachweis der Hypoplasie des Herzens nicht zu führen, denn die Verkleinerung der absoluten und relativen Herzdämpfung lässt zu viele andere Deutungen zu; bedeutungsvoller wäre ja die Constatirung des Spitzenstosses median von der gewöhnlichen Stelle, bei verkleinerter Dämpfung, doch habe ich diesen Befund bei darauf hin gerichteten Untersuchungen nicht feststellen können. Bezüglich der Verhältnisse des Blutdruckes stehen mir keine eingehenden Untersuchungen zur Verfügung. Im Allgemeinen findet man einen weichen und kleinen Puls, der im Durchschnitt etwas frequenter ist als normal. Jedenfalls dürften genauere Untersuchungen über Frequenz, Rythmus, Höhe, Fülle und Spannung des Pulses bei Geistesschwachen erwünscht sein und vielleicht zu besonderen Ergebnissen führen; so viel ich aus der mir zugängigen Literatur ersehen kann, fehlen bisher derartige Untersuchungen.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

53. ord. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 9. Juni 1894 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Bodet*, *Brie*, *Burkart*, *Claren*, *v. Ehrenwall*, *Erlenmeyer*, *Fabricius*, *Flügge*, *Gudden*, *Hertz*, *Heyden*, *Hoestermann*, *Kny*, *Krapoll*, *Laudahn*, *Levison*, *Liebmann*, *Longard*, *Noetel*, *Oebeke*, *Pelman*, *Peretti*, *Peters*, *Ries*, *Rosenthal*, *Schneider*, *Schreiber*, *Schulz*, *Schultze* Prof., *Schwartz*, *Steiner*, *Thielen*, *Thomsen*, *Tigges*, *Umpfenbach*, *Ungar*, *Wahl*, *Weber*, *Zacher*. (39.)

Der Vorsitzende, Geh. Rath *Pelman*, eröffnet die Sitzung und gedenkt zunächst in warmen Worten des kürzlich verstorbenen Mitgliedes Herrn Kreisphysikus Geh. Rath Dr. *Zimmermann* in Düsseldorf, zu dessen ehrendem Andenken die Mitglieder sich von ihren Sitzen erheben. Sodann berichtet er über seine Eindrücke vom medicinischen Congress in Rom, die auch bei ihm, wie fast allerwärts, wenig erfreulich waren.

Als Mitglieder in den Verein werden sodann durch Wahl aufgenommen die Herren Dr.Dr. *Bernard*-Godesberg, *Deiters*-Bonn, *Gerhartz*-Rheinbach, *Meyhoefer*-Cöln, *Asthoefer*-Düren, *Cohn*-Düren, von welchen die 4 ersten anwesend sind.

Von den Mitgliedern hatten ihr Ausbleiben entschuldigt: *Albers*, *Finkelnburg*, *Ideler*, *Ripping*, *Schroeter*.

Als Gäste sind anwesend: *Fürer*-Bendorf, *Heilmann*-Crefeld, *Velten*-Bonn.

Den Vorsitz übernimmt *Oebeke*.

Von den Vortragenden spricht

Noetel-Andernach, Der Process Feldmann.[1])

Diese wenigen Worte werden genügen, in Ihnen eine Reihe von Erinnerungen wach zu rufen, die, meistens wenig erfreulicher Art, alle darin

[1]) cf. Aerztliches Vereinsblatt. 1894. Jan. I. No. 270, S. 12. März II. No. 275, S. 171. April I. No. 276, S. 205 und die Broschüre: „Geschichte einer Entmündigung." Rückblicke auf den Process Feldmann-Hemmerling.

Digitized by Google

zusammen treffen, dass in diesem Prozess uns Irrenärzten, den Irrenanstalten recht übel mitgespielt worden ist. Auch wer den Verhandlungen nicht persönlich beigewohnt hat, wird aus den gleichzeitigen und späteren Veröffentlichungen der Presse ersehen haben, in wie unerfreulicher und unbegründeter Weise von verschiedenen Seiten über unserm Stande angehörige Personen, über Irrenanstalten, ihre Einrichtungen, ihren Betrieb, die Krankenbehandlung in denselben, dann über Aufnahme- und Entmündigungsverfahren abgeurtheilt worden ist.

Ein Nachspiel zu diesen Verhandlungen bildet eine Brochüre, von der ich nicht weiss, ob sie Ihnen allen zu Händen gekommen ist, betitelt: „Geschichte einer Entmündigung, Rückblicke auf den Prozess Hemmerling-Feldmann von Dr. jur. *Heinrich Reinartz* mit einem Vorworte von Dr. med. *Carl Finkelnburg*-Düsseldorf 1894. Verlag von Schmitz-Olbertz-Düsseldorf.“ Diese Broschüre scheint eine weite Verbreitung gefunden zu haben; sie ist u. a. dem Herausgeber der Andernacher Zeitung zugegangen, dem ich für freundliche Ueberlassung seines Exemplares auch an dieser Stelle meinen Dank sage, mir und meinen Andernacher Collegen freilich nicht. Ich möchte daraus fast schliessen, dass dem Verfasser wie dem Bevorworter es weniger an Gewinnung und Ueberzeugung von Irrenärzten — von zünftigen Anstaltsärzten — als um eine Einwirkung auf die breiten Schichten des Publikums gelegen ist, um bei diesen möglichst grosses Misstrauen gegen die Irrenanstalten, öffentlichen wie privaten, möglichst grosses Misstrauen gegen das Aufnahme- und Entmündigungsverfahren zu erwecken. Wenn dabei erhöhtes Vertrauen zu Aerzten, die auch Geisteskranke behandeln, aber keine Anstaltsärzte sind, zu Etablissements, die keine Irrenanstalten sind, aber Geisteskranke aufnehmen, erzeugt wird, so ist das eine wohl unvermeidliche Nebenwirkung. Dem Verfasser und Bevorworter aber kann ich nur Recht geben, wenn sie unser einen in Betreff des Ueberzeugungsversuches mit zweifelhaften Augen angesehen haben.

Ich bin in der That nicht überzeugt worden, dass die Missstände, welche besonders in dem Vorworte hervorgehoben und durch den Inhalt der Broschüre bewiesen werden sollen, unsern Einrichtungen, unserm Aufnahme-, unserm Entmündigungsverfahren, den für die Beaufsichtigung der Anstalten gültigen Bestimmungen zur Last fallen. Es ist deren Handhabung, die da und dort entschieden zu wünschen übrig lässt, freilich nicht immer in dem Sinne, wie die Broschüre glauben machen will. Wenn aber die Broschüre denjenigen, denen die Handhabung der gültigen Bestimmungen, die Handhabung der Gesetze obliegt, zu einer ernsten Mah-

---

Ein Beitrag zur Verbesserung des Entmündigungs-Verfahrens und der Irrenpflege von Dr. jur. *H. Reinartz* mit einem Vorwort von Dr. med. *C. Finkelnburg*, Prof. an der Universität zu Bonn. Düsseldorf 1894. Verlag von Schmitz u. Olbertz u. Aerztliches Vereinsblatt. 1894. No. 282 u. 284.

Digitized by Google

nung wird, sie nicht auf die leichte Schulter zu nehmen, niemand wird das lieber sein als uns Irrenärzten, und niemand wird es lieber sehen als wir, wenn hervorgetretenen Missständen ohne Rücksicht auf die Person schonungslos ein Ende gemacht wird! — Alle Momente hier durchzugehen, würde zu weit führen, ich muss weiterer Besprechung überlassen, ob sie ausgiebiger auf dies Thema eingehen will.

Zunächst möchte ich Ihre Aufmerksamkeit bezüglich der Aufnahme von Geisteskranken in Anstalten auf die wenigstens für unsere Provinzial-Anstalten vorgeschriebene „Ortspolizeiliche Genehmigung“ lenken. Heisst das einfache Beglaubigung der Unterschrift des Arztes, heisst das eine Censur des Arztes, dass er ein anständiger Mensch und kein Schwindler ist, dass er von Geisteskrankheiten etwas versteht und nicht gänzlich unerfahren ist? Sicher heisst es doch viel mehr, gewiss auch, dass nach polizeilichem Ermessen Seitens der Angehörigen, Seitens der Personen, die die Aufnahme veranlassen, dass in den gesammten Verhältnissen nichts vorliegt, was der Polizei Bedenken gegen die Unterbringung der betr. Person erregen könnte. Fasst die Polizeibehörde diese Bestimmung der ortspolizeilichen Genehmigung in diesem Sinne auf, so ist wohl genügende Sicherheit gegen Missbrauch und Niedertracht gegeben. Irrthümer freilich sind nirgends ausgeschlossen, und ich glaube sowohl Herausgeber wie Bevorworter werden zugeben, dass sie sich im Leben auch schon geirrt, Personen und Verhältnisse falsch beurtheilt haben. Auch Nachlässigkeiten können vorkommen, aber können die durch gesetzliche Vorschriften complicirtester Art vermieden werden? Sicher nicht! dass ich aber mit meiner Auffassung keineswegs alleinstehe, mag Ihnen die in folgender Form ertheilte polizeiliche Genehmigung bestätigen:

„Auf den mündlich vorgebrachten Antrag des persönlich hier bekannten N. N. wird hiermit bescheinigt, dass dem Aufenthalte seiner geisteskranken Ehefrau N. N. in einer Irrenanstalt keine Bedenken entgegenstehen, desgleichen wird die Richtigkeit der umstehenden Unterschrift des Dr. *N. N.* hiermit bescheinigt, sowie dass letzterer als ein zuverlässiger Arzt hierselbst bekannt ist. Auch ist nichts den in vorstehendem ärztlichen Atteste enthaltenen Aussagen Widersprechendes diesseits zur Kenntniss gekommen.“

So vorsichtig diese Genehmigung abgefasst ist, ganz unzweifelhaft geht aus ihr hervor, dass auch der Inhalt des Attestes einer polizeilichen Controle unterzogen wird. Wenn also für Feldmann zu verschiedenen Malen die ortspolizeiliche Genehmigung zur Verbringung in eine Irrenanstalt gegeben worden ist, so schliesst das in sich, dass auch die Düsseldorfer Polizei u. a. von seiner Gemeingefährlichkeit überzeugt war. Ist nicht der Arzt, welcher das für die Aufnahme nöthige Attest ausstellt, sehr häufig in der Lage rücksichtlich der Gemeingefährlichkeit sich auf die Angaben der Umgebung stützen zu müssen? Passen dieselben zu seinen Beobachtungen, entsprechen sie dem Krankheitsbilde, das er gewonnen hat, so

Digitized by Google

wird er sie für zutreffend halten und an die Gemeingefährlichkeit glauben, wenn die Zuverlässigkeit der Berichterstatter nicht bezweifelt ist. Diese aber zu prüfen ist der Arzt in den seltensten Fällen in der Lage, das ist Sache der Polizeibehörde, und darum die ortspolizeiliche Genehmigung.

Der Anstaltsarzt aber ist zunächst rücksichtlich der Gemeingefährlichkeit wesentlich auf die Angaben des beigefügten Attestes angewiesen. Ist es nicht bekannt, dass eine Menge Kranke, die vor der Aufnahme in die Anstalt sich heillos geberdet haben und für ihre Umgebung höchst bedenklich gewesen sind — ich erinnere Sie nur an die Alcoholisten — in der Anstalt zunächst sanft und harmlos wie die Lämmer sich geben? Welcher Vorwurf würde den Arzt treffen, der in solchen Fällen die Angaben der Atteste ignorirte, den harmlos sich gebenden Kranken für harmlos hielte und seine „Befreiung" aus der Anstalt veranlasste! Und nicht blos bei Alcoholisten, bei einer ganzen Reihe von Geisteskranken ist es eine bekannte Thatsache, dass sie in der Anstalt zunächst nicht gewaltthätig sich zeigen, während sie es draussen entschieden waren. Die Angaben des Attestes aber auf ihre Zuverlässigkeit zu prüfen, ist der Anstaltsarzt in den meisten Fällen absolut nicht im Stande, er muss sich darauf verlassen, dass die ortsobrigkeitliche Erlaubniss die Angaben des Attestes deckt.

Freilich, meine Herren, ist weder ärztliches Attest noch ortspolizeiliche Genehmigung zur Aufnahme in eine Privat-Irrenanstalt bei schon Entmündigten bei uns in Preussen wenigstens nöthig. Ich bekenne, dass mir, als ich im vorigen Jahre über die Thesen des deutschen Vereines der Irrenärzte sprach, diese Bestimmung entgangen ist, ich würde sie ebenso wie heute als eine unglückliche bezeichnet haben, die je eher je besser aus der Welt zu schaffen ist. In der That ist es sehr merkwürdig, dass man den Privatanstalten in dieser Weise die Aufnahme von Kranken im Gegensatz zu den öffentlichen Irrenanstalten erleichtert! Ich bin indessen sehr froh, dass unsere öffentlichen Irrenanstalten an ihre Aufnahmebedingungen gebunden sind und ohne ärztliches Attest, ohne ortspolizeiliche Genehmigung keinen Kranken aufnehmen dürfen. Die in Rede stehende Bestimmung bürdet den Anstaltsärzten eine Verantwortung auf, die man ihnen lieber ersparen sollte! Es ist ihnen ohnehin schon genug aufgeladen! Uebrigens spielt diese Bestimmung in dem Prozess nur eine untergeordnete Rolle. —

Und nun die Beaufsichtigung der Irrenanstalten! Ich habe diesen Punkt im vorigen Jahre genügend behandelt. Sie wissen, dass unsere Anstalten jederzeit dem Oberpräsidenten und dessen Commissar offen stehen — auch jede Zelle der Anstalt! — und ebenso natürlich unserer vorgesetzten Behörde, die im Provinzial-Ausschuss die Elemente, die der Herr Bevorworter besonders zur Beaufsichtigung herangezogen zu sehen wünscht, in sich begreift! Da können wir Anstalten doch nichts dafür, wenn die Aufsicht nicht ausgeübt wird! Glaubt man, dass die Anstalten an Vertrauen gewinnen, wenn das Aufsichtsrecht häufiger und

Digitized by Google

intensiver ausgeübt wird, so ordne man das Nöthige an. Die Einrichtung ist da, handhabe man sie nur! Uebrigens sind diese Aufsichtsbehörden auch im Publikum bekannt, ich bin hin und wieder in der Lage gewesen über an diese gerichtete Beschwerden berichten zu müssen, und kaum eine officielle Revision ist vorgekommen, wo nicht der eine oder andere Kranke seine Beschwerden anzubringen verlangte und ihm auch natürlich gewillfahrt wurde. Die Hauptperson freilich für alle Beschwerdeführer bleibt der Staatsanwalt! Dem müssen wir ja auch jede Aufnahme anzeigen. Was mit dieser Anzeige weiter zu geschehen pflegt, entzieht sich meiner Wissenschaft, das aber habe ich gelegentlich und zufällig aus Acten ersehen, dass der Staatsanwalt unsere Anzeige an das zuständige Bürgermeisteramt mit der Anfrage, nicht nur wie die Vermögensverhältnisse, sondern die Verhältnisse der Familie u. s. w. des in die Anstalt Verbrachten sind, gesendet und entsprechende Auskunft erhalten hat. Beschwerden der Kranken an den Staatsanwalt wie andere Behörden werden immer abgeschickt, gewöhnlich beantwortet er sie.

Es kommt auch wohl vor, dass eine gerichtliche Vernehmung der Betreffenden stattfindet, und in einem Falle erfolgte auf die Beschwerde einer unter Erfüllung sämmtlicher Bedingungen auf Antrag einer Behörde unter Begutachtung, so zu sagen, einer Autorität aufgenommenen Persönlichkeit an diese allerdings kein Bescheid, aber für uns die Notiz, dass das Zurückhalten dieser Person in der Anstalt gegen ihren Willen nicht ohne Bedenken sei! Irgend etwas stimmte in diesem Falle nicht, und ohne dass die vielleicht nothwendige Discretion im Geringsten verletzt wurde, wurde der Anstalt ein Wink gegeben, der natürlich gebührend gewürdigt wurde! Uebrigens ist die Person nicht allzu lange Zeit darauf für geisteskrank erklärt und entmündigt worden. Vergleichen Sie diese Art des Eingehens auf Beschwerden der Kranken mit dem, was man im Prozess Feldmann gehört hat und jetzt zu lesen bekommt! Es kommt eben ganz darauf an, wie die für die Beaufsichtigung der Irrenanstalten bestehenden Vorschriften gehandhabt werden. Auch die im ärztlichen Vorworte mitgetheilten Geschichten machen mich in dieser Auffassung nicht irre, einmal beweisen diejenigen, in denen der Bevorworter auf Veranlassung einer Behörde zur Begutachtung des einen oder anderen Kranken herangezogen wurde, gerade das Vorhandensein der Aufsicht; in den anderen Fällen genügte der Wunsch der Familie, dem Missstande abzuhelfen. Die Geschichte freilich, dass Feldmann in einer Privatanstalt, die mit Namen genannt wird, wegen Auffahrens gegen den directorialen Besitzer auf den Zwangsstuhl gesetzt und mit Ketten belastet wurde, ist einfach scheusslich! Ich vermisse bei ihr schmerzlich die Notiz, dass sie durch die eidlichen Aussagen des Wartpersonals bewahrheitet ist. Sie würde dafür sprechen, dass jener Irrenarzt eine gänzlich ungeeignete Persönlichkeit gewesen ist und ein Gefühl, dass er beaufsichtigt würde, nicht gehabt hat. Und weshalb? weil die Aufsicht nicht in

Digitized by Google

der gehörigen Weise ausgeübt worden ist, aber nicht weil wir keine Ueberwachungscommission haben!

Dass sich durch Ueberwachung wohl etwas leisten lässt, mag Ihnen an einem Beispiel aus meiner Praxis gezeigt werden. Ich habe die Aufsicht über einige Privatanstalten, in denen die Provinz Kranke untergebracht hat und fand in einer, dass ein Kranker — sonderbarer Weise mit seinem Willen — in unzweckmässigster Weise mit Zwangsmitteln behandelt wurde. Auf meinen Bericht hin ist der Kranke in eine andere Anstalt versetzt worden, wo die Behandlung voraussichtlich eine zweckmässigere ist. Da hat es sich nicht um Misshandlung und derartige schwere Missbräuche gehandelt, und doch wurde eingeschritten, Dank der Einsicht meiner vorgesetzten Behörde. Sollte diese Bereitwilligkeit und diese Machtvollkommenheit bei anderen Behörden nicht zu finden sein? Sie ist unzweifelhaft da, sie muss nur in Anspruch genommen werden!

Ich kann aber dieses Beaufsichtigungsthema nicht verlassen, ohne meiner Verwunderung Ausdruck zu geben, dass der Herr Bevorworter gar nicht erwähnt, dass die deutschen Irrenärzte eine „mehr entsprechende und häufigere Ausführung der die Beaufsichtigung der Irrenanstalt betreffenden Vorschriften im öffentlichen Interesse und im Interesse der Kranken und ihrer Familien“ selbst wünschen, diesem Wunsche wiederholt und noch zuletzt in der Generalversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Frankfurt im vorigen Jahre einmüthig Ausdruck gegeben haben! Nicht an uns liegt es, wenn die Aufsicht unzweckmässig und lax ausgeführt wird. Ich glaubte das hier betonen und der aus dem ärztlichen Vorworte möglicherweise sich ergebenden Auffassung, als wenn nur *Zinn* und *Finkelnburg* in dieser Frage ihre Stimme erhoben hätten, entgegentreten zu müssen!

Ich komme zum Entmündigungsverfahren und gestehe, dass ich nicht in meiner Ueberzeugung, dass dies jetzt gültige Verfahren fast durchweg genügt, wenn es nur richtig gehandhabt wird, durch die Broschüre erschüttert worden bin.

Gegen Bequemlichkeit und Saumseligkeit, gegen Voreingenommenheit und vorgefasste Meinung helfen auch keine neuen Gesetzesparagraphen. Wenn der Richter in seiner Entscheidung sich nach Gutachten richtet, deren Schlussfolgerungen auf unbewiesenen Voraussetzungen aufgebaut sind, so handelt er einfach fehlerhaft; er hat es doch völlig in der Hand noch nach Erstattung des Gutachtens Vernehmung und Vereidigung von Zeugen zu veranstalten. Wenn er es nicht thut, so ist das seine Schuld und nicht die des Gesetzes. Darum aber weil in einzelnen Fällen solche Unterlassungssünden vorkommen, für alle Fälle den grossen Apparat von Zeugenvereidigung zu fordern oder gar, wie der Verfasser der Broschüre verlangt, einen vollständigen Prozess loszulassen, in dem der Kranke wie

Digitized by Google

ein Verklagter vor dem Gerichtshofe zu erscheinen hat, ist nicht nöthig. Kommt es denn wirklich so oft vor, dass die Fälle so liegen, dass, um das Bestehen der Geisteskrankheit zu erkennen, auf die Vorgeschichte zurückgegangen werden muss. Meistens liegt die Sache doch so, dass die Vernehmung durch Richter und Sachverständige genügt, das Bestehen der Krankheit auch dem Richter ersichtlich zu machen. Und liefert dem Richter die Verhandlung nicht eine genügende Unterlage, um zu einer Ueberzeugung zu kommen, was hindert ihn neue wiederholte Vernehmung auch unter Ernennung anderer Sachverständiger anzuordnen? Etwas freilich würde ich in unserer Entmündigungspraxis auch gern anders sehen: das ist der Umstand, dass in sehr vielen Fällen der das Urtheil fällende Richter gar nicht bei der Vernehmung des Kranken anwesend ist, dass ein anderer — z. B. am Ort der Anstalt ansässiger — hierzu committirt wird. Da ist dann der urtheilsprechende Richter auf ein Protokoll angewiesen, das oft genug ziemlich dürftig ausfallen mag, nie aber den Eindruck persönlicher Wahrnehmung ersetzen wird. Wie dem abzuhelfen sein würde, kann ich freilich nicht sagen. Ich weiss, dass in der Reichs-Justizcommission von dem psychiatrischen Mitgliede *Zinn* dahin gehende Bemühungen stattgefunden haben, aber an ernsten juristischen Bedenken gescheitert sind. Der Forderung aber, dass den Kranken von dem gegen sie schwebenden Entmündigungsverfahren vor dem Termine Kenntniss gegeben wird, kann ich mich durchaus nicht anschliessen. Ein Theil der Kranken wird durch die Nachricht erheblich aufgeregt, an ihrer Gesundheit geradezu geschädigt werden; eine gerichtliche Zustellung macht einen andern Eindruck, als eine mündliche Mittheilung bei der Verhandlung, bei der die Form, in der sie gemacht wird, den unangenehmen Eindruck sehr wesentlich abschwächen kann; ein anderer Theil wird auf die Mittheilung gar kein Gewicht legen, ein dritter Theil aber wird, wenn er sich nicht in einer Anstalt befindet, dem Termine durch Verreisen, Verstecken ausweichen oder, ob in oder ausserhalb einer Anstalt, die bis zum Termine vorhandene Zeit benutzen, um sich im Dissimuliren zu üben. Dissimulation kommt ja nicht allzu selten vor und wird mit Geschick angewendet. Dass hier die frühe Mittheilung des bevorstehenden Termines Schaden stiftet, brauche ich nicht besonders zu sagen. Es bleiben nun noch die Fälle übrig, in denen das Entmündigungsverfahren gegen Gesunde eröffnet wird. Befinden sich diese in einer Anstalt, so wird diese ja auch in ihren Augen unberechtigte Internirung ihnen eine beständige Mahnung sein, eine Haltung zu zeigen, die den Eindruck der Gesundheit macht, und, wenn sie auch einmal in gerechtfertigtem Unmuth losfahren, die Grenze des normalen Affectes nicht zu überschreiten. Sie werden zweifellos den Gedanken, mindestens bei passender Gelegenheit Beschwerde zu führen, längst gefasst haben und die Vernehmung durch den Richter, wenn sie ihnen auch in Gestalt eines Entmündigungstermines unerwartet geboten wird, bestens benutzen.

Digitized by Google

Wenn nun bemängelt wird, dass die betreffenden Richter zu oft wechseln, dass sie zu jung sind, so wird man nicht anstehen, dem ersten Bedenken zuzustimmen; dem zweiten aber doch nicht unbedingt. Ich habe vorsreffliche alte und ebenso vortreffliche junge Vormundschaftsrichter kennen gelernt. In beiden Punkten aber kann auf administrativem Wege eingegriffen werden. Wenn dagegen dem Entmündigungsverfahren vom ärztlichen Bevorworter der Vorwurf gemacht wird, dass Verhängung und Aufhebung der Curatel in die Hand eines einzelnen Amtsrichters gelegt ist, so vergisst er vollständig das Vorhandensein einer zweiten Instanz, er vergisst vollständig das in den §§ 605 und folgende der Civilprocessordnung vorgesehene Recht gegen den Entmündigungsbeschluss die Anfechtungsklage zu erheben, die nicht vor dem Amtsrichter, sondern vor dem Landgericht, einem Collegium von Richtern verhandelt wird.

Ganz besonders aber wird in der Broschüre hervorgehoben, wie schwer es einem Entmündigten gemacht ist, die Entmündigung und damit die Vormundschaft wieder los zu werden. Sie kennen ja wohl die gesetzlichen Vorschriften und werden, wenn Sie nun die Broschüre durchgehen, mit mir zu der Ueberzeugung kommen, dass kein Beweismittel für die Untauglichkeit der gesetzlichen Vorschriften betreffend Aufhebung der Entmündigung unglücklicher gewählt werden kann, als der Process Feldmann! Sie ersehen aus der Broschüre, dass Feldmann dreimal bei dem Amtsgericht die Aufhebung seiner Entmündigung beantragte und zwar im Januar 1887, im September 1887 und im Februar 1890, jedesmal ist der Antrag durch Beschluss des Amtsgerichtes abgelehnt worden, aber niemals ist von dem im § 620 der Civilprocessordnung[1]) für diesen Fall vorgesehenen Rechtsmittel, der Anfechtung dieses Beschlusses, von der Wiederaufhebungsklage Gebrauch gemacht worden. Es giebt über das Entmündigungsverfahren ein sehr gutes und wie ich glaube auch recht verbreitetes, Buch: Das Entmündigungsverfahren von Dr. *Dande*. Lese man die Seiten 98 und 99 nach! Der Staatsanwalt ist in allen Fällen zur Erhebung der Wiederaufhebungsklage berechtigt, ohne Unterschied, ob er bisher bereits bei dem Entmündigungs- oder Wiederaufhebungsverfahren mitge-

[1]) Der § 620 der Civilprocessordnung lautet:

Wird der Antrag auf Wiederaufhebung von dem Amtsgericht abgelehnt, so kann dieselbe im Wege der Klage beantragt werden.

Zur Erhebung der Klage ist der dem Entmündigten bestellte Vormund und der Staatsanwalt befugt. Will der Vormund die Klage nicht erheben, so kann der Vorsitzende des Processgerichtes dem Entmündigten einen Rechtsanwalt als Vertreter beiordnen. Auf das Verfahren finden die Vorschriften der §§ 606—615 Anwendung.

Digitized by Google

wirkt hat oder nicht. Das Klagerecht steht denselben auch dann zu, wenn er selbst früher die Entmündigung beantragt hatte.

Dreimal ist Feldmann gegen die Entmündigung losgegangen und nicht in einer Zeit, da er in einer Anstalt internirt war, nein, zu einer Zeit, da er sich monate- und jahrelang ausserhalb der Anstalt bewegt hatte und der Staatsanwalt, dem die Wahrung des öffentlichen Interesses in Entmündigungssachen wegen Geisteskrankheit obliegt, nahm keine Veranlassung ein Urtheil der höchsten Instanz zu provociren.

Und wenn der Staatsanwalt sich nicht herbeiliess, die Klage zu erheben, so blieb Feldmann auf Grund des Absatz 3 des § 620 der Civilprocessordnung immer noch ein Weg, den die Aufhebung der Entmündigung ablehnenden Beschluss des Amtsgerichtes anzufechten. Er selbst konnte die Anfechtungsklage nicht erheben, aber er konnte beim Processgerichte die Beiordnung eines Rechtsanwaltes als Vertreter beantragen. Ich glaube nicht, dass das Processgericht diesen Antrag abzulehnen sich entschlossen hätte. Herr Feldmann hat es nicht gethan, seine Berather scheinen nicht gut orientirt gewesen zu sein. —

Und noch Eins lassen sie mich hervorheben. In dem Bescheide des Amtsgerichts im Jahre 1887, in welchem es den Antrag Feldmann's auf Aufhebung der Entmündigung ablehnt, ist gesagt, dass, da Feldmann sich weigere in einer Anstalt sich beobachten zu lassen, dem Gerichte in diesem Verfahren keine weiteren Mittel, um die bestehenden Zweifel zu beseitigen, zustehen. Und Feldmann oder vielmehr seine Berather stecken das auch ruhig ein! Als wenn es keine wissenschaftliche Deputation gäbe! Die ja dazu da ist, etwaige Zweifel zu heben, die die oberste Instanz in medicinischen Fragen bildet, so und so oft in Criminal- und Civilprocessen angerufen wird! Im Process Feldmann existirte sie nicht; es wurde Feldmann die Wohlthat versagt, seinen Geisteszustand von einem Collegium von Aerzten, die Koryphäen der medicinischen Wissenschaft sind, in denen keine Person sass, die jemals vorher ihn schon zu beurtheilen hatte, sondern nur Aerzte und nicht blos Irrenärzte, die sich der vollsten Unbefangenheit ihm gegenüber erfreuten, beurtheilen zu lassen!

Ein Process der so viele Unterlassungen von Maassregeln, welche durch das Gesetz zum Schutze des Entmündigten, zur Förderung seines Strebens, die Entmündigung loszuwerden, vorgesehen sind, aufweist, wie der Process Feldmann, der ist ein schlechter Sturmbock gegen das gültige Entmündigungsgesetz! Das beste Gesetz nützt nichts, wenn die Handhabung eine verkehrte ist. Und da möchte ich einmal an unsern ärtzlichen Stand erinnern: Sind denn für unser ärztliches Handeln Specialgesetze vorhanden? Ist es durch ein Gesetz vorgeschrieben, dass, wenn ein Amputirter eine Nach-

Digitized by Google

blutung bekommt, der Verband zu öffnen und die Wunde nachzusehen ist? Ist es durch ein Gesetz vorgeschrieben, dass vom Arzte nach der Entbindung die Placenta nachgesehen werden muss und etwaige in Utero zurückgebliebene Reste zu entfernen sind? Es existirt kein Gesetz darüber, und doch fasst man den Arzt, der durch eine derartige Unterlassung Unheil angerichtet hat, stellt ihn vor Gericht und verurtheilt ihn wegen — Kunstfehler! Warum geht das bei uns, dass man auch ohne gesetzliche Vorschriften zweckwidrige Handlungen und Unterlassungen ahndet? Ich muss auch gestehen, dass ich vor unserem Juristenstande im Allgemeinen doch zu grossen Respect habe, als dass ich glauben könnte, es bedürfe besonderer gesetzlicher Vorschriften, um ihn vor Missgriffen, wie sie im Process Feldmann vorgekommen sind, zu bewahren!

Aber freilich, was helfen die besten Gesetze, wenn doch einmal die Richter, wenn auch nicht gebunden, so doch immerhin angewiesen sind, auf die Gutachten der Sachverständigen und diese Sachverständigen eingerostete Irrenärzte sind, die gewisse psychische Zustände nicht zu beurtheilen verstehen und an das, was psychische Gesundheit zu nennen ist, allzu hohe und nicht gerechtfertigte Ansprüche stellen. Ich glaube allerdings nicht, dass in den vom ärztlichen Bevorworter angeführten Beispielen durchweg von uns Anstaltsirrenärzten seine Meinung getheilt werden wird. Ich glaube, dass man mit dem Wort „Gesundheit" doch etwas zurückhaltender sein müsste, aber was hat das mit der Praxis der Entmündigung und Aufhebung der Entmündigung zu thun. Der Bevorworter kennt das Getriebe der grossen Anstalten zu wenig und so weiss er nicht, dass häufig genug Personen als „gebessert" entlassen werden, bei denen trotzdem die Aufhebung der Pflegschaft seitens der Anstalt empfohlen wird. Und auch bei Aufhebung einer Entmündigung kommt die Anstalt möglichst entgegen und wird darin insofern von ihrer vorgesetzten Behörde wirksam unterstützt, dass dieselbe, falls bei einem Armen eine Beobachtung in der Anstalt nothwendig ist, die Kosten derselben trägt. Ich glaube, der Herr Bevorworter macht sich unnöthige Sorgen, auch wir Irrenanstaltsärzte, wir Psychiater intra muros wissen, dass der wissenschaftliche Begriff psychischer Gesundheit sich nicht immer mit dem Grade psychischer Leistungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit zu decken braucht, der dazu nothwendig ist, seiner Person und seinen Verhältnissen selbständig vorzustehen. Diese psychischen Zustände gehören ja meist in das Gebiet der erworbenen oder angeborenen geistigen Schwäche oder modern ausgedrückt: psychischen Minderwerthigkeit. Der oben erwähnte Autor, *Daude*, aber sagt schon auf Seite 17 seines sehr zu empfehlenden Werkes „blosse Stumpfsinnigkeit, Geistesschwäche oder anormale Entwickelung der geistigen Kräfte heben den freien Gebrauch der Vernunft nicht auf und hindern die freie Selbstbestimmung nicht und können deshalb als Geisteskrankheit im Sinne der Civilprocessordnung nicht angesehen werden!"

Digitized by Google

Freilich Meinungsverschiedenheiten werden immer vorkommen, und ich glaube sogar auch unter den Psychiatern, die keine Anstaltsärzte sind. Allerdings die Psychiater, die eine Dame deshalb noch für geisteskrank halten, weil sie sich von der Anstaltsgeselligkeit zurückzieht und in der Familie des Arztes nicht verkehren mag, und die Resignation eines ruhig sein Schicksal abwartenden Herrn u. s. w. für Geisteskrankheit erklären, würden wohl auch bei uns keiner Zustimmung sich erfreuen. Ich bedauere nur, dass die Namen nicht genannt sind. Dadurch ist das Publicum, bei dem die Broschüre ja die weiteste Verbreitung finden soll, in die angenehme Lage versetzt, sich unter diesen Anstalten denken zu können, welche es will, Andernach oder Bendorf oder Grafenberg u. s. w u. s. w. und der die directe Aufsicht führenden Behörde die Gelegenheit genommen, diese Herren zur Aufgabe ihrer Stellung freundlichst zu veranlassen, den Betroffenen selbst aber, sich, wenn sie es können, zu vertheidigen.

Der Verfasser der Broschüre hat anders gehandelt — nur die juristische Facultät ist theilweise mit Namensnennung verschont geblieben — und die Antworten sind ja auch nicht ausgeblieben.

Sehr interessant wäre es, den Fall Feldmann wissenschaftlich psychiatrisch zu beleuchten. Der Inhalt der Brochüre aber reicht dazu nicht aus, das grösste Gewicht wird den Angaben Feldmann's selbst beigelegt, ein Auszug der Krankenjournale z. B. aber fehlt, und so ist auch wohl das Misstrauen nicht ungerechtfertigt, es möchte auch noch anderes Material in der Brochüre, die ja eine Tendenzschrift ist, unberücksichtigt geblieben sein.

Und so komme ich denn zum Schluss und hoffe, dass noch dieser oder jener von Ihnen das Wort ergreifen wird. Mir ist es nicht leicht geworden, die Angelegenheit hier zur Sprache zu bringen. Ich kann nicht verhehlen, dass ich es aufs tiefste bedauere, dass ein Mitglied unseres Vereines, dessen Mitarbeiterschaft in fruchtbringendster Weise unsere Arbeit gefördert hat, den Weg collegialen Austausches, der ja beliebig durch Veröffentlichungen in medicinischen, juristischen und anderen Fachzeitschriften verbreitet werden könnte, verlassen und den der breitesten Popularität eingeschlagen hat, ohne sogar Mittheilungen zu vermeiden, die an und für sich für die Betroffenen kränkend, in der Verschweigung aber der Namen der Kritisirten im Publikum gegen Alles, was in der Rheinprovinz Irrenanstalt heisst, dass grösste Misstrauen zu erwecken geeignet sind! — Das thut mir persönlich ja keinen Schaden, aber mir thun die armen Menschen leid, die gezwungen sind die Anstalt aufzusuchen und nun das Misstrauen in sich aufgenommen haben. Die sind zu bedauern!

Discussion: *Pelmann* wendet sich direct gegen die vorgenannte Broschüre, in der *Finkelnburg* eine „autentische Wiedergabe der Verhandlungen", er dagegen eine Reihe von beabsichtigten Entstellungen und tendenziösen Auslassungen wichtiger Punkte findet. Besonders eingehend

Digitized by Google

habe sich die Broschüre mit seiner, *Pelman's*, Thätigkeit befasst, und dies zwar in einer Weise, die wohl geeignet sei, diese Thätigkeit in einem geradezu zweideutigen Lichte zu zeigen, wie sich denn auch thatsächlich eine gewisse Presse der Sache bemächtigt und sie in diesem Sinne gegen ihn benutzt habe.

Da nun Herr *Finkelnburg* zu obigem Machwerk eine Vorrede geschrieben und sich auch sonst noch direct gegen ihn gewendet habe, so könne er nicht umhin, sich auch hier etwas eingehender mit diesem Herrn und seiner Thätigkeit in dem Processe Feldmann zu befassen, und ihn mit jener Broschüre für solidarisch zu erklären.

Wenn dort (S. 31) u. a. die Behauptung ausgesprochen werde, dass die Untersuchung des Geisteszustandes bei Feldmann durch die „verschiedensten und berühmtesten Schweizer Irrenärzte seine völlige Gesundheit ergeben habe", so sei das einfach unwahr. Zum wenigsten sei Niemand dafür namhaft gemacht, denn *Forel*, der allein in Betracht kommen könne, betone ausdrücklich und zu verschiedenen Malen, dass F. nicht gesund sei, und die andern, die dies bescheinigt haben, seien eben keine Irrenärzte. Er könne daher auch jetzt von seiner früheren Behauptung, dass kein Irrenarzt für die geistige Gesundheit F.'s ein Attest ausgestellt habe, nicht abgehen. Allerdings habe Herr *Finkelnburg* dies gethan und an verschiedenen Stellen mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass er ein Irrenarzt von Fach sei. Wenn man jedoch dieser Behauptung die Proben psychiatrischen Wissens und psychiatrischen Handelns zu Grunde legen wolle, wie sie uns in dem Process Feldmann so vielfach entgegen treten, so werde man sie kaum für ernst nehmen.

Unter andern redet *Finkelnburg* dort von fixirten Irrtümern, die doch keine Wahnideen seien, und er ist, wie aus zwei Briefen hervorgeht, die er an Feldmann geschrieben, sehr geneigt, diesen fixirten Irrtümern eine ausserordentlich weite Ausdehnung zukommen zu lassen.

Die beiden Briefe lauten wie folgt:

Godesberg 6. 7. 88.

Geehrter Herr Feldmann.

Ich bitte Sie dringend in Ihrem Interesse, den mir in Abschrift mitgetheilten Brief an Herrn Doctor *Flechsig* nicht abgehen zu lassen, da er demselben einen entschieden krankhaften Eindruck machen würde. Hüten Sie sich doch ja, auch nach andern Richtungen, — weder mündlich noch schriftlich — von Freimaurern, Juden, Ultramontanen u. s. w. in einem solchen Sinne zu sprechen, als ob Sie durch dieselben direct oder indirect in Ihren Angelegenheiten beeinträchtigt würden. Dies würde Ihnen ganz bestimmt als Verfolgungswahn gedeutet werden. In der That haben die obigen Menschenkategorien ja auch gar nichts mit Ihrer Angelegenheit zu thun.

Auch von der vermeintlichen Spionage, von der Sie sich dort umgeben glauben, erwähnen Sie gegen Niemand etwas; es ist gewiss

Digitized by Google

nur eine Voreingenommenheit Ihrerseits, in Folge deren Sie eine solche Spionage wahrzunehmen glauben. Thun Sie überhaupt keinerlei Schritte von Bedeutung, ohne entweder mit Hr. Mengelbier oder mit mir — wenn ärztliches dabei in Betracht kommt — vorher Rücksprache genommen zu haben. Also strengste Ruhe, Selbstbeherrschung und vorsichtigste Zurückhaltung.

Godesberg 7. 7. 88.

Geehrter Herr Feldmann.

Es thut mir in hohem Grade leid zu sehen, wie Sie im Begriffe stehen Ihre Angelegenheit auf's heilloseste zu verfahren. Weder dürfen Sie sich an den Justizminister wenden, noch dürfen Sie das hierbei zurückfolgende Telegramm an Prof. *Flechsig* senden, Schreiben Sie bitte Letzterem nur ganz freundlich und kurz, dass der fragliche Brief in der Mappe fehle und bitten Sie ihn gefälligt nachsuchen und ihn im Auffindungsfalle Ihnen zusenden zu wollen, — aber nichts von Staatsminister u. dergleichen und Sie würden durch eine Eingabe an den Minister Ihre Sache nach meiner bestimmtesten Ueberzeugung nur verderben. Ueberhaupt aber fürchte ich sehr, dass Sie in ihrer augenblicklichen überreizten Stimmung sich wieder durch mündliche und briefliche Aeusserungen als Kranken zeigen und von Ihrem Ziele sich immer weiter entfernen anstatt sich ihm zu nähern. Ich rathe Ihnen dringend, verlassen Sie Düsseldorf für 4 bis 6 Wochen und gehen Sie nach Kissingen, rufen Sie aber auf der Durchreise hier für 1 oder 2 Tage an, damit ich Alles in Ruhe mit Ihnen durchsprechen kann.

Es liegt mir — nachdem ich um Ihrer Sache willen mich in solchen Widerstreit mit angesehenen Collegen versetzt habe, doppelt viel daran, dass Sie nicht so nahe dem Ziele alles verderben! Bitte folgen Sie meinem Rathe!

Herzlich grüssend

Ihr

Dr. *Finkelnburg.*

Bitte auch nicht Herrn Mengelbier Ihre Vertretung abzunehmen, bevor Sie mit mir gesprochen. Jetzt an's Landgericht zu gehen, wo Sie sich nach mehreren Richtungen als erregt und überreizt gezeigt haben, würde nicht rathsam sein. Namentlich der Vorfall mit dem Grafenberger Patienten würde Ihnen sehr schaden, wenn augenblicklich eine Verhandlung erzwungen würde.

Ein Irrenarzt von Fach würde kaum solche Briefe geschrieben, er würde ein solches Handeln möglicherweise sogar als eine Aufforderung zu Dissimulation aufgefasst, in keinem Falle aber die Stirne gehabt haben, für die geistige Gesundheit des mit solchen fixirten Irrthümern Behafteten einzutreten.

Digitized by Google

Dass diese Briefe in der „Geschichte“ nicht zum Abdrucke gekommen sind, trotzdem sie bei den Acten liegen, ist für die „authentische Geschichte“ ebenso bezeichnend, wie es der Umstand für die Dauer des Furor brevis ist, dass sie etwa 3 Wochen vor jenem 3. August geschrieben sind, wo Feldmann an den Folgen jenes Furor brevis der Irrenanstalt übergeben wurde.

Auch dem Gutachten des Professor *Flechsig* ist das Unglück passirt, gerade in seinen wesentlichsten Punkten nicht zum Abdruck gekommen zu sein, was *Flechsig* zu folgender Erklärung veranlasste, die in der Versammlung zur Verlesung kam.

Leipzig, den 6. Juni 1894.

Sehr geehrter Herr College!

Anbei beehre ich mich Ihnen eine beglaubigte Abschrift meines Gutachtens über Herrn Hermann Feldmann vom 27. December 1887 zu übersenden, mit der ergebensten Bitte, dasselbe in der Sitzung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz vom 9. Juni geneigtest zur Verlesung bringen zu lassen. Ich sehe mich zu diesem Ersuchen veranlasst, weil dieses mein Gutachten in der Broschüre des Dr. *Reinartz* „Geschichte einer Entmündigung etc.“ dermaassen entstellt wiedergegeben ist, dass der Leser der Broschüre eine vollkommen irrthümliche Vorstellung von meinen Deductionen erhalten muss. Dr. *Reinartz* hat alle die Stellen unterschlagen (und sie bilden den weitaus grössten Theil des Gutachtens), welche auch dem Laien beweisen müssen, dass Herr Feldmann noch Ende 1887 geisteskrank war — und diesem illoyalen Verfahren entspricht durchaus, dass Dr. *Reinartz* meinem Gutachten nichts weiter beizufügen weiss, als dass ich den kommenden Wahn der ehelichen Untreue diagnosticirt habe und bei dieser Diagnose auch in der Hauptverhandlung geblieben sei, obgleich wohl vier einwandfreie Zeugen eidlich über ein sehr intimes und unschickliches Verhältniss zwischen Frau Feldmann und Herrn Hemmerling genaue Angaben gemacht haben. Thatsächlich habe ich in meinem Gutachten nur betont, dass Herr Feldmann mir gegenüber nur eine Aeusserung wahnhafter Art gethan, welche ich nicht in den früheren Gutachten, Berichten etc. finden könne, und diese eine Aeusserung betraf die eheliche Treue seiner Frau. Herr Feldmann behauptete, er habe gelegentlich einmal seine Frau gefragt, ob sie ihn syphilitisch inficirt haben könne — und da habe sie ihm geantwortet: „Nein, ich habe nur Gesunde darüber gelassen“. Ausschliesslich diese von Dr. *Reinartz* unterschlagene Aeusserung habe ich als „möglicherweise“ wahnhaft und als Hindeutung darauf, dass „möglicherweise“ eine neue Wahnbildung im Anzug begriffen sei, bezeichnet. Dass ich die sonstigen Anklagen Feldmann's gegen seine Frau für glaubwürdig gehalten, geht aus zahlreichen Stellen meines

Digitized by Google

Gutachtens hervor; und ausschliesslich die Ueberzeugung, dass Frau Feldmann ein frevelhaftes Spiel treibe, konnte mich veranlassen, gerade auf die Rückkehr des Herrn Feldmann in seine Häuslichkeit zu dringen, obwohl ich keinen Augenblick im Zweifel war, dass derselbe nach wie vor geisteskrank sei und dass über kurz oder lang wieder eine Steigerung der Krankheitserscheinungen sich zeigen werde. — Wenn nun dem Dr. *Reinartz* auch zu Gute gerechnet werden könnte, dass er aus Mangel an psychiatrischen Kenntnissen den Sachverhalt entstellt wiedergegeben habe, so bin ich zu meinem Bedauern Herrn Geh. Regierungsrath Dr. *Finkelnburg* gegenüber nicht in der Lage, derartige mildernde Umstände in Betracht zu ziehen und erkläre seine Behauptung (Blatt V der Vorrede), dass ich hauptsächlich auf Grund der von Feldmann geäusserten auffallenden — aber später vollauf bewahrheiteten — Anklagen gegen seine Frau, noch fixirte Wahnvorstellungen angenommen habe, für eine leichtfertige und unwürdige Entstellung des Thatbestandes.

Hochachtungsvoll

ergebenst

gez. Professor Dr. *Paul Flechsig*.

Kgl. Sächs. Geheimer Medicinalrath.

Pelman kann daher auch heute noch ebenso wenig wie damals eine andere Ansicht gewinnen, als die, dass Feldmann in der beregten Zeit krank gewesen sei. Wenn er dieser seiner Ueberzeugung schriftlich Ausdruck gegeben, so halte er sich hierzu für vollständig berechtigt, und dies auch dann, wenn er den Kranken nicht wieder gesehen habe. Die zahlreichen Briefe Feldmann's waren für ihn ebenso viele und unzweideutige Beweise seines Wahnes und von der Fortdauer seiner Krankheit.

Dagegen müsse er auf das Entschiedenste der Insinuation entgegentreten, als ob jenes Attest vom 17. August 1886 von ihm zu dem Zwecke abgegeben worden sei, um die Aufnahme Feldmann's in eine Anstalt zu veranlassen. Das sei ebenso wenig wahr, als wie die Behauptung von den handfesten Wärtern, die er der Frau Feldmann zum Einfangen ihres Gatten zugesichert habe. Es sei dies eine Lüge, deren Zweck allerdings aus dem Zusammenhange leicht ersichtlich sei. Hiermit ist indess die Thätigkeit *Finkelnburg*'s keineswegs erschöpft.

Als in der Kölner Zeitung jener Artikel erschien, der die Aeusserung des Staatsanwaltes vom 29. November 1893 enthielt, und während wir alle noch unter dem Eindrucke der gegen uns geschleuderten schweren Beschuldigungen standen, da war es der Irrenarzt *Finkelnburg*, der in einem längeren Schreiben vom 25. December 1893 den Staatsanwalt für dieses Vorgehen beglückwünschte und „es als eine segensreiche Fügung ansieht, dass diese leider nicht ganz vereinzelt dastehende Art der Pflegegebahrung zur öffentlichen Kenntniss gelangt sei, wie er denn auch von der offenen Kritik des Staatsanwaltes eine wohlthätige Wirkung erwarte".

Digitized by Google

Im gewöhnlichen Leben bezeichnet man so etwas wohl als Denunciaton, und so mag es auch der Herr Landesdirector aufgefasst haben, als er *Finkelnburg* ersuchte, ihm doch jene nicht vereinzelt dastehenden Fälle mitzutheilen. Da war indess Herr *Finkelnburg* nicht zu haben. Zwar fehlte es ihm nicht gerade an Fällen, so erwiderte er unter dem 15. Januar 1894, wenn auch nur ein vergleicherweise geringer Theil sich auf eine der Provinzialanstalten beziehe. Etwas Näheres könne er jedoch nicht darüber mittheilen, da ihm die betreffenden Thatsachen in seiner ärztlichen Eigenschaft mitgetheilt worden und gar keine Aussicht vorhanden sei, dass ihm seitens der Betroffenen die Erlaubniss zur Veröffentlichung ertheilt werde.

Der Herr Landesdirector hatte somit die Wahl, welche seiner 5 Anstalten er in Verdacht nehmen wollte.

Man hätte nun wohl erwarten dürfen, dass *Finkelnburg* von einer Wiederholung derartiger „Gebahrung" absehen würde. Das ist indess nicht der Fall, und wir begegnen in der Vorrede ähnlichen Behauptungen, die sich durch ihre Anonymität jeglicher Nachprüfung entziehen.

Die Beurtheilung eines solchen Verfahrens, sowie eine Entscheidung, auf wessen Seite das grössere Maass des Rechtes gelegen sei, will *Pelman* getrost dem Ermessen der Versammlung anheimstellen.

Gudden: Ich fand Feldmann im August 1890 in der Anstalt Pützchen vor als einen secundär Verrückten, welcher sehr leicht in krankhaften Affect gerieth und in diesem seiner freien Willensbestimmung beraubt war, die massenhaften Wahnideen traten klar zu Tage. Ausserdem fand ich einen Brief *Finkelnburg*'s an Dr. *Besser* vor, datirt vom Frühjahr 1890, in welchem ungefähr Folgendes steht: „Feldmann ist noch krank, bedarf der Anstaltsbehandlung, ich hoffe aber, dass es Ihnen gelingt, die Besserung weiter zu führen bis zur Möglichkeit einer Entlassung." Obwohl sich nie seit jener Zeit bis Ende 1893, wo Feldmann aus meiner Beobachtung trat, in dem Zustande des Kranken etwas geändert hat, Feldmann vielmehr nach wie vor geisteskrank ist, obwohl Herr *Finkelnburg* den Kranken von Frühjahr 1890 bis Ende 1893, also $3^1/_2$ Jahr, überhaupt nicht zu Gesicht bekommen hat, erklärt er doch, dass Feldmann seit Jahren gesund bez. widerrechtlich in der Anstalt zurückbehalten worden sei. Da Herr *Finkelnburg* nicht anwesend ist, kann ich leider nicht die Frage an ihn stellen, wie er zu einer solchen Behauptung kommt. — Betonen möchte ich noch, dass dem Herrn Feldmann die Möglichkeit, die Aufhebung seiner Entmündigung zu beantragen, durch den „Rath" *Finkelnburg*'s „unter keinen Umständen an den Staatsanwalt zu schreiben" einfach unmöglich gemacht wurde; denn der Kranke hielt sich nach eigener Aussage, obwohl er jeden Tag ohne Vorwissen des Arztes auf den Spaziergängen extra muros Briefe expediren konnte, streng an jene Vorschrift. Ich habe mich vergebens nach den Motiven gefragt, welche den Herrn Geheimrath *Finkelnburg* veranlasst haben, erst jetzt für die Befreiung des Kranken einzutreten, da er ihn doch schon seit Jahren für nicht gemeingefährlich hält; es scheint die Veränderung in

Digitized by Google

den häuslichen Verhältnissen zu sein, welche Herrn *Finkelnburg* den Muth giebt zu behaupten, der Kranke sei nicht nur jetzt nicht gemeingefährlich, sondern auch seit Jahren nicht gemeingefährlich gewesen.. Natürlich, Frau Feldmann ist eingesperrt, und ihr kann vorläufig Nichts passiren.

Ungar macht die Mittheilung, dass er in seiner Eigenschaft als Medicinalbeamter in letzter Zeit wiederholt Gelegenheit gehabt habe zu beobachten, dass durch jenen Process und die sich anschliessenden Publicationen das Interesse von Geisteskranken geschädigt worden sei. Bis dahin zufriedene Kranke seien misstrauisch geworden, namentlich hätten aber Angehörige der Kranken und als Pfleger derselben Bestellte das Vertrauen zu den Anstalten verloren und Kranke der durchaus nöthigen Anstaltsbehandlung entzogen. Auch die Aerzte würden durch solche Angriffe und Anfeindungen schliesslich beeinflusst, sie entschlössen sich schwerer einen Geisteskranken der Anstaltsbehandlung zu überweisen. Wie jetzt die Sache läge, genüge es nicht, dass der Arzt und der begutachtende Medicinalbeamte sich die Frage vorlegten, ob es im Interesse des Kranken und seiner Angehörigen liege, dass derselbe in eine Anstalt aufgenommen werde, jetzt müsse man es auch überlegen, ob ein solcher Schritt nicht vielleicht später einmal von Uebelwollenden oder schlecht Unterrichteten falsch gedeutet werden und zu Weiterungen Veranlassung geben könne.

Thomsen kann nicht umhin, seiner persönlichen Meinung Ausdruck zu geben, dass es höchst bedauerlich ist, dass *Finkelnburg* sich zum Vorworter machte für eine Schrift, die natürlich nicht von Wohlwollen für den psychiatrischen Stand geschrieben ist, und dass er dadurch den Stand, seine Vertreter und das Vertrauen des Publikums in dieselben in schwerster Weise schädigt. Er wünscht, dass der Verein, wenn er derselben Ansicht ist, diese unzweideutig zum Ausdruck bringe. —

Tigges: Die Darstellung des Dr. *Reinartz* (in der Broschüre) enthält viel Tendenziöses und Widersprechendes und steht den psychiatrischen Anschauungen zu fern. *Finkelnburg* bringt Ansichten über Kriterien über Genesung, speciell in negativer Hinsicht, die uns seit Jahrzehnten geläufig sind, in dieser Darstellung aber geeignet sind, Misstrauen gegen die Irrenärzte und Irrenanstalten hervorzurufen. Es ist zu bedauern, dass *Finkelnburg* in populärer Weise in dieser Hinsicht vorgegangen und nicht mit seinen Ansichten in wissenschaftlichen Vereinen und Zeitschriften aufgetreten ist. —

Schulz stellt den Antrag, die in den heutigen Verhandlungen betreffend den Fall Feldmann vorgetragenen thatsächlichen Berichtigungen der Angaben Seitens des Rechtsanwalts Dr. *Reinarz* und des Prof. *Finkelnburg* zur öffentlichen Kenntniss zu bringen.

Schreiber - Düren: Ich möchte mir erlauben darauf aufmerksam zu machen, dass bezüglich der Rechtsfrage danach, wie es möglich war, dass das Vermögen des entmündigten Geisteskranken Feldmann von seinen Vormündern so geschädigt werden konnte, die Schuld nicht die Irrenanstalten, in denen Feldmann verpflegt worden ist, sondern lediglich das

Digitized by Google

betreffende Vormundschaftsgericht trifft, welches Jahre lang die Rechenschaft über die Verwaltung des Vermögens des Entmündigten seitens der Vormünder offenbar ungenügend geprüft hat. Gegen dieses Gericht hätte also der Staatsanwalt seine Vorwürfe in seiner Rede richten müssen, nicht aber gegen die Irrenanstalten! — Bezüglich der Anschuldigungen, die gegen die Dürener Irrenanstalt in dem Falle Feldmann erhoben worden sind, sei Folgendes erwähnt. Dass Feldmann in der ganzen Zeit seines Aufenthaltes in der Dürener Anstalt geisteskrank gewesen ist, wird übereinstimmend von allen Sachverständigen, selbst von Herrn Professor *Finkelnburg* und vom Staatsanwalt ausdrücklich anerkannt. Die Behauptungen ferner, die der Staatsanwalt in seiner Rede über die Behandlung des Kranken F. in der Anstalt zu Düren aufgestellt hat, haben die Aerzte der Dürener Anstalt dazu veranlasst, bei ihrer vorgesetzten Behörde den Antrag auf Untersuchung dieser Angelegenheit zu stellen. Diese Untersuchung hat die vollständige Grundlosigkeit aller der vom Staatsanwalt gegen die Anstalt in Düren geschleuderten Vorwürfe ergeben, so dass letztere vollständig gerechtfertigt aus der ganzen Angelegenheit hervorgegangen ist. —

Erlenmeyer beantragt den Schluss von *Noetel*'s Vortrag als Resolution zu fassen. —

Oebeke fasst die bisherigen Verhandlungen kurz zusammen, macht darauf aufmerksam, dass der psychiatrische Verein als ein wissenschaftlicher in seinen Satzungen keine Angabe enthalte, wie in einem Falle, gleich dem vorliegenden, von Vereinswegen zu verfahren sei, und macht mit Hinweis hierauf den Vorschlag, keinen Beschluss zu fassen, indem nach Veröffentlichung der Verhandlungen Jeder, der sie lese, in der Lage sei, sich ein Urtheil in der Angelegenheit zu bilden. Da er von keiner Seite Unterstützung erfährt, so bringt er den Antrag *Erlenmeyer* zur Abstimmung. Derselbe wird einstimmig von allen Anwesenden in folgender Fassung zum Beschluss des Vereins erhoben:

„Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz spricht sein tiefes Bedauern darüber aus, dass eins seiner Mitglieder, Herr Geh. Rath Prof. Dr. *Finkelnburg*, in der Angelegenheit Feldmann den Weg collegialischen Austausches in medicinischen oder gerichtlich-medicinischen Zeitschriften verlassen und den der breitesten Popularität eingeschlagen habe, ohne dabei Mittheilungen zu vermeiden, die an und für sich für die Betroffenen kränkend, in der Verschweigung der Namen der Kritisirten aber im Publikum gegen Alles, was in der Rheinprovinz Irrenanstalt heisst, das grösste Misstrauen zu erwecken geeignet sind. Zu bedauern sind die Kranken, die, von diesem ungerechtfertigten Misstrauen erfüllt, dennoch gezwungen sind, die Anstalten aufzusuchen."

Der Verein beschliesst weiter, die Verhandlung über die Feldmannsche Angelegenheit ausser mit dem Gesammtsitzungsbericht, wie gewöhnlich in der Zeitschrift für Psychiatrie, gesondert in dem ärzlichen Vereinsblatt auszugsweise zu veröffentlichen. —

Digitized by Google

(Nach Mittheilung des Düsseldorfer Generalanzeigers vom 22. August 1894 ist übrigens, wie dies auch anderweitig bestätigt wird, bei Feldmann von Neuem zunehmende Unruhe und Erregung aufgetreten, in Folge deren er vor einiger Zeit ins Hospital zu Godesberg, wo er bis dahin unter freien Verhältnissen in einer Pension lebte, übergeführt wurde. Er beging einen Selbstmordversuch und ist unter ständige Aufsicht gestellt. — Die Annahme scheint danach gerechtfertigt, dass die sogen. Genesung auch diesmal nur eine Remission seiner chronischen Geistesstörung war.)

Den Vorsitz übernimmt *Pelman*.

2. *Liebmann*, Ueber Chorea und Geistesstörung.

3. *Thomsen*, „Klinisches über Zwangsvorstellung".

Im Anschluss an 5 genauer mitgetheilte Fälle bestimmt Vortragender die klinische Stellung und die Ausdehnung der psychischen Zwangsvorgänge im Allgemeinen, betont ihre klinische Selbständigkeit und hebt einzelne Symptome (speciell das Auftreten in durch körperliche Symptome ausgezeichneten „Anfällen") und Formen des Krankheitsbildes besonders hervor.

Der Vortrag wird andernorts veröffentlicht werden.

Discussion: *Schultze* erklärt besonders seine Uebereinstimmung damit, dass Zwangsvorstellungen und Angstzustände nicht mit der Neurasthenie zusammengeworfen und als eine Theilerscheinung derselben angesehen werde, wie das jetzt besonders vielfach geschieht.

Steiner: Bezüglich des ersten mitgetheilten Falles (16jähriger junger Mann) möchte ich mir die Frage erlauben, ob derselbe mit dieser Zwangssprache und dem Tic convulsif nicht in die Gruppe des von *Gilles de la Tourette* aufgestellten Krankheitsbildes „Maladie de Tic" mit Echolalie und Koprolalie gehört, wo es sich neben Tic conv. ebenfalls um Zwangssprache handelte.

Pelman ist der Ansicht, dass die Zwangsideen eine grössere Rolle, zumal auch bei den eigentlichen Psychosen, spielen, als man ihnen zur Zeit zugesteht. Sie umfassen sehr verschiedene Zustände, und *Pelman* hält es daher für wünschenswerth, diesen Zuständen in einer der nächsten Sitzungen eine grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Thomsen contra *Steiner* ist der Ansicht, 1) dass der Kranke *G. de la Tourette's* zu der grossen Gruppe der psychischen Zwangsvorgänge gehört.

2) *Thomsen* sah von der Hypnose gar keinen Erfolg, wie er auf eine dahin gerichtete Anfrage *Peretti's* mittheilt.

4. Prof. *Schultze*, Einige Bemerkungen über Hysterie und Hypnotismus.

Der Vortragende erinnert an die Vorstellung einer Hysterischen in der letzten Sitzung seitens des Herrn Dr. med. *Effertz*. Die Kranke litt an lange dauernden Contracturen, welche in der Hypnose und nach derselben zeitweilig verschwanden, aber trotz aller Suggestionen stets wiederkehrten.

Digitized by Google

Zu gleicher Zeit, als diese Demonstration stattfand, befand sich auf der medicinischen Klinik in Bonn eine 32jährige hysterische Frau, welche schon seit 9 Jahren starke Contracturen an Händen und Füssen hatte, so dass sie während dieser Zeit nicht mehr gehen und stehen konnte. Ausserdem bestand eine starke Muskelatrophie, welche theils in der lange dauernden Unthätigkeit der Muskeln ihren Grund hatte, theils in der mangelhaften Nahrungsaufnahme ihre Erklärung fand, da die Kranke an starker Stomatitis und ausgedehnter Caries der Zähne litt. Es musste, wie hier nicht näher erörtert werden soll, die Contractur als eine hysterische aufgefasst werden. Dementsprechend wurde die Kranke behandelt; vor allem wurde nicht mit ihr, wie mit der *Effertz*'schen Kranken, überall herumgereist; es wurde überhaupt kein Wesens aus ihr gemacht, ihr freundlich und bestimmt zugesichert, dass die Contracturen wieder verschwinden würden; man suchte die Contracturen ohne starke Gewalteinwirkung allmälig mechanisch zu lösen und bediente sich ausserdem des faradischen Stromes. Bei dieser Behandlung wurde ohne Hypnose innerhalb 5 Monaten der Zustand der Kranken derartig gebessert, dass die Kranke wochenlang, ohne Recidive zu bekommen, herumging und ihre Hände wieder fast in normaler Weise brauchen konnte; nur waren die allmälig eingetretenen Steifigkeiten einzelner Fingergelenke, welche auf mechanischer Verkürzung beruhten, noch nicht völlig gehoben. Bei geeigneter Mundpflege und nach Extraction der schadhaften Zähne besserte sich auch der Ernährungszustand der Kranken bedeutend. —

Es lässt sich also ohne das allmälig geradezu marktschreierisch angepriesene Mittel der Hypnose bei einer solchen Krankheitsform nach den früheren Behandlungsmethoden recht vieles erreichen. —

Der Vortragende knüpft sodann einige weitere Bemerkungen über gewisse Krankheitserscheinungen bei der Hysterie an. Da die Schule der Salpétrière so grosses Gewicht auf die Reflexlosigkeit der Pharynxschleimhaut bei Hysterie legt, und diese Erscheinungen als ein wesentliches Kriterium der Diagnose dieser Krankheit ansieht, so hat der Redner systematische Untersuchungen über dieses Symptom bei Gesunden und bei Hysterischen vorgenommen und vornehmen lassen. Herr Dr. *Engelhardt* hat auf seine Veranlassung hin an 200 normalen, nicht nachweisbar hysterischen Personen die Reflexerregbarkeit des Rachens sorgsam geprüft, und dabei in 25 bis 26 pCt. der Fälle keine Reflexe im Rachen vorgefunden. Dagegen waren die Reflexe bei 10 Hysterischen stets vorhanden, wenn auch in 3 Fällen nur nach starken Reizen und nicht jedesmal. Es ist deswegen in Einzelfällen kein besonderes Gewicht auf dieses Zeichen zu legen, und besonders nicht aus dem Grunde gleich Hysterie zu diagnosticiren, wenn bei Männern diese Reflexe fehlen und dabei die Reizschwelle für Schmerzempfindung etwas niedriger angegeben wird, als bei anderen Personen; bezeichnet doch gewiss nicht Jeder stets die gleiche unangenehme Empfindung als Schmerz! Der Redner konnte weiterhin bis jetzt

Digitized by Google

sich keineswegs von einer besonderen Häufigkeit der Hemianästhesie bei Hysterie überzeugen, ebenso wenig wie er bisher eine Contractur bestimmter Muskeln nach Reizung der zugehörigen Nerven durch langsamen mässigen Druck bei Hysterischen finden konnte. —

Schliesslich geht der Vortragende noch auf eine von Herrn Dr. *Effertz* verfasste Broschüre über den neulich von ihm vorgestellten Fall ein, welche unter dem Titel „Studien über Hysterie, Hypnotismus und Suggestion" vor kurzem erschienen ist.

Diese Broschüre steht zum grossen Theil unter dem Niveau einer Arbeit, welche auf den Namen einer wissenschaftlichen Anspruch machen kann. Sie enthält eine Reihe der willkürlichsten Annahmen. So wird versucht, den Begriff einer „passiven Flaccidität der Muskeln" einzuführen, bei welcher die Muskeln mechanische Eindrücke von aussen wie Wachs annehmen sollen. Irgend ein Beweis für ein solches Verhalten fehlt vollkommen. Ebenso wird bei der vorgestellten Patientin eine „latente Contractur" angenommen, weil sich bei Berührung irgend eines Punktes der Haut an einer Reihe von Muskeln tonische Contractionen zeigen. Ferner ist die Behauptung, dass bei der Kranken von *Effertz* der hypnotische Zustand gerade so lange andauere, als der Strabismus convergens, völlig willkürlich. Auch manche normale Individuen können ja einen solchen Strabismus willkürlich hervorrufen. Geradezu komisch ist die folgende Behauptung. Da die Kranke einmal sprachlos war und nach der Ursache gefragt, weshalb sie nicht sprechen könne, auf den Kehlkopf zeigte, wird gefolgert, dass bei ihr dasjenige Centrum nicht mehr functionire, in welchem die Erinnerungsbilder für die Bewegungsempfindung der Muskeln des Kehlkopfes deponirt sind! Die *Effertz*'sche Kranke wurde auf den Wunsch des Herrn Dr. *Effertz* eine kurze Zeit auf der med. Klinik beobachtet, und dabei zunächst constatirt, dass auch in der Hypnose keineswegs bei Druck auf einen bestimmten Nerven die zugehörigen Muskeln zusammengezogen wurden, sondern beliebige andere, wie sich auch schon bei der Vorstellung der Kranken in der letzten Sitzung des psychiatrischen Vereins keineswegs bei der Berührung des Sternocleidomastoideus blos dieser zusammenzog. Ebenso zeigte sich die Experimentirmethode von *Effertz* selbst als eine geradezu unglaubliche; wurde doch der Kranken, die nach meinen Beobachtungen sehr gut deutsch sprach und verstand, stets laut in ihrem Beisein alles vorausgesagt, was sie bei bestimmter Versuchsanordnung thun würde, ihr sogar die Uhr gezeigt, wenn sie innerhalb gewisser Zeit nach der Hypnose irgend ein Phänomen haben sollte oder nicht.

Gewisse Beschuldigungen, welche weiterhin Herr Dr. *Effertz* durch den Mund seiner Patientin, welche er selbst durch ausgedehnte Versuche auf Wahrhaftigkeit ihrer Aussage zu prüfen doch für nöthig hielt, der Klinik gegenüber und in Bezug auf einzelne Aeusserungen des Vortragenden macht, weist der Redner zurück, welcher es für richtiger gehalten hätte, wenn sich der Broschürenschreiber zunächst an ihn selbst gewendet und

Digitized by Google

die Gastfreundschaft des Institutes seiner Patientin gegenüber nicht durch unbegründete Anklagen vergolten hätte.

Discussion. *Steiner*: Ich möchte mir die Bemerkung erlauben, dass auch ich nicht jeden derartigen Fall mit Suggestion behandle, sondern nach dem Vorgange von *Charcot* versuche, mich seiner Methode des „Isolement" zu bedienen, d. h. solche Hysterica aus dem Hause zu entfernen und in fremde Pflege zu geben. Indess belehrte mich ein Vorkommniss in meiner Praxis, dass man auch jene Methode geeigneten Falles benutzen müsse. Es war die Tochter einer hiesigen sehr gebildeten Familie, welche schwer an Hysterie litt, und deren Entfernung die betreffenden Aerzte vor mir und zuletzt auch ich verlangt hatten. Ich stand z. Z. noch unter dem Banne des *Charcot*'schen Ausspruches, Hysterie nicht zu hypnotisiren. Die Familie wollte dies indess nicht thun und liess statt dessen einen in unserer Provinz sehr berühmten Magnetiseur kommen, der die Kranke in der That im Hause heilte, resp. unter dessen Händen die hysterischen Symptome schwanden. Solche Erfahrungen müssen nun dazu führen, jene Methode selbst in die Hand zu nehmen und in geeigneten Fällen neben dem Isolement auch zu hypnotisiren, was in den letzten Jahren ja auch immer mehr geschieht.

Die Bemerkung, welche der Herr Vorredner von der Hemianästhesie gemacht hat, kann ich ganz unterschreiben: obgleich die Hysterie hier recht zahlreich ist, trifft man totale Hemianästhesie nur in sehr seltenen Fällen. An ihrer Stelle findet man sehr häufig sog. Hemihypästhesie. Dies beweist indess noch keinen Unterschied gegen Paris resp. die Salpêtrière, wo ja bekanntlich die schwersten Fälle von Hysterie aus ganz Frankreich aufgestapelt werden.

Was die Bedeutung des Rachenreflexes anbetrifft, so halte ich den Ausfall desselben resp. die Anästhesie des Rachens ein- oder doppelseitig in der Diagnose der Hysterie für sehr bedeutungsvoll und wichtig. Freilich ist zuzugeben, dass man diese Anästhesie des Rachens, oder meistens eine erhebliche Toleranz des Rachens gegen mechanische Reize, auch bei nerventüchtigen Personen findet, aber man wird dann in den meisten Fällen den Grund dafür im Rauchen, in überstandenen Rachenaffectionen u. dergl. ausfindig machen können. Wie wichtig diese Empfindlichkeit des Rachens ist, dafür spricht folgender von mir beobachteter Fall: ein junges Mädchen hat während ihrer mehrtägigen Menstruation fortwährende Krampfzustände. Nach Ablauf derselben zeigt sie hysterische Stigmata; eine Gesichtsfeldeinengung, einseitige Abstumpfung der Hautempfindung und Rachenunempfindlichkeit. Alle diese Zeichen schwinden in den nächsten Tagen, nur die Rachenunempfindlichkeit bleibt als dauerndes Zeichen der Hysterie bestehen. —

Die Herbstversammlung wird auf den 10. November festgesetzt.

Digitized by Google

28. Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zu Hannover am 1. Mai 1894.

Zu der um 4 Uhr Nachmittags beginnenden Sitzung hatten sich nachfolgende Herren eingefunden: *Bollhagen*-Hildesheim, *Bruns*-Hannover, *Dieckmann*-Hildesheim, *Fontheim*-Liebenburg, *Gellhorn*-Theresienhof, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Hemkes*-Wehnen, *Hesse*-Ilten, *Kremling*-Walsrode, *Nicol*-Hannover, *Roller*-Lindenhaus, *Rubarth*-Niedermarsberg, *Snell*-Hildesheim, *Tannen*-Hildesheim, *Völker*-Hildesheim, *Wulff*-Langenhagen.

Zum Vorsitzenden wurde *Gerstenberg*, zum Schriftführer *Tannen* gewählt.

1. *Bruns*-Hannover, Anatomische und klinische Demonstrationen.

B. zeigt der Versammlung zunächst ein 2½jähriges Kind (Mädchen) mit typischer spastischer Gliederstarre (*Little*'sche Krankheit). Das bis auf einen etwas kleinen Kopf gut entwickelte Kind bietet die charakteristischen Symptome dieser Krankheit: die paraplegische Starre ohne eigentliche Lähmung in sehr ausgeprägter Weise. Liegt es auf dem Rücken, so sind die Beine meist im Hüftgelenk gebeugt und adducirt und im Kniegelenk gebeugt, und den Bemühungen des Untersuchers, die Beine in Streckstellung zu bringen, setzt das Kind einen sehr erheblichen Widerstand entgegen. Während dieser Versuche werden die Beine immer steifer, und während es zuerst noch gelingt, wenigstens die Beugestellung derselben passiv zu vermehren, bringt man nach einigen solcher Versuche auch das nicht mehr fertig. Versucht man das Kind aufzustellen, so tritt vollständige Starre in Streckstellung ein und die kleine Pat. steht auf den Zehnspitzen. Die Arme haben stets eine Neigung in einer Art von Hyperpronation zu stehen, die Finger in die Hände eingeschlagen. Auch hier tritt bei passiven Bewegungsversuchen sofort grössere Starre ein. Die Starre nimmt wesentlich zu, wenn das Kind erregt wird. Eine Lähmung besteht an den Extremitäten nirgends. Arme und Beine können nach allen Richtungen bewegt werden; doch haben diese Bewegungen alle etwas spastisches, krampfhaftes, dabei sozusagen verqueres, über das Ziel hinausschiessendes. An den Händen bestehen auch Bewegungen, die den athetotischen ähneln. Die Rumpfmusculatur scheint dagegen gelähmt: das Kind vermag nicht zu sitzen und kann auch den Kopf nicht halten. Die Sprache beginnt es eben zu lernen. Die Sehnenreflexe vermag man nur auszulösen, wenn man das Kind überrascht, da sonst die Starre den Reflex hemmt: sie sind lebhaft. Die Intelligenz scheint wenigstens nicht hochgradig gestört, da das Kind Sprache versteht, seine Umgebung kennt, auch bei der Untersuchung artig ist. Die *Little*'sche Aetiologie fehlt auch in diesem Falle nicht: das Kind wurde im 7. Monate geboren und die ersten Monate in der Wärmewanne aufgezogen.

Digitized by Google

In der Discussion bemerkt *Wulff*, dass er diese Erkrankung meist mit geschwächter Intelligenz, oft verbunden mit Idiotismus gesehen habe, als Ursache der *Little*'schen Erkrankung nennt er Frühgeburten und schwere Entbindung. Elektrische Behandlung hält er für erfolglos, Nutzen habe er von Arsenik gesehen.

Bruns zeigt dann der Versammlung noch Präparate vom Rückenmark eines ähnlichen Falles, in dem aber schliesslich auch Lähmungen bestanden, mit Degeneration resp. Nichtentwicklung der Pyramidenbahnen und *Goll*'schen Stränge.

Ferner stellt *B.* der Versammlung einen Fall von *Jackson*'scher Epilepsie vor. Der 25jährige, früher stets gesunde Pat., erlitt zum ersten Male Ende August 1893 in der Nacht einen vollständig ausgebildeten epileptischen Anfall (doppelseitige Krämpfe, volle Bewusstlosigkeit). Er war dann 24 Stunden bewusstlos und hatte noch mehrere ähnliche Anfälle. Seitdem hat er die grossen Anfälle nur ganz vereinzelt gehabt, aber sehr häufig kleinere in zwei dem Grade nach verschiedenen Formen. Entweder, und das ist das häufigste, zucken nur die rechten Zehen und der rechte Fuss bei vollerhaltenem Bewusstsein, oder aber der Anfall beginnt ebenfalls im rechten Fuss, ergreift dann aber das Bein, der Rumpf wird nach rechts gebeugt, der rechte Arm abducirt, dann beginnt das Gesicht rechts zu zucken und nun verliert der Pat. das Bewusstsein. Leichte Zuckungen der Musculatur im rechten Unter- und Oberschenkel sind auch zwischen den Anfällen fast stets vorhanden. Ebenso leichte Parästhesien (Ameisenkriechen) ebendort, die sich direct vor den Anfällen verschlimmern und eine Acme bilden. Das rechte Bein ist jetzt paretisch und steif und fühlt nicht so gut, wie das linke, es besteht Patellar- und Achillesclonus. Beim Gehen wird es nachgeschleift, die Fussspitze streift den Boden. Die rechte Wade ist 2 cm magerer als die linke. Allgemeine Symptome, die auf Tumor hindeuten konnten, bestehen und bestanden in keiner Weise. Das Herz ist gesund. *B.* nimmt nach Ausschluss anderer Möglichkeiten und nach Beginn und Verlauf hier eine Poliencephalitis acuta im Sinne *Strümpell*'s im linken Paracentrallappen an, die, was selten ist, hier einen Erwachsenen betroffen hat. Er macht besonders auf die auch zwischen den eigentlichen Anfällen bestehenden Zuckungen und Parästhesien aufmerksam, die auf einen dauernden Reiz in der Gegend des linken Paracentrallappen hindeuten.

Bruns bespricht ferner unter Demonstration von Präparaten und Abbildungen einen Fall von Solitärtuberkel in den Vierhügeln und einen Fall von Sarcom des Lenden- und Sacralmarkes. (Ersterer Fall wird ausführlich in Bd. XXVI des Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. erscheinen, letzerer ist genauer im Neurol. Centralblatt. 1894. S. 281 besprochen.) Im Anschluss an den letzteren Fall erörtert er ausführlich einen 2. Fall von Tumor des Rückenmarkes, der am 25. April 1894 zur Operation gekommen ist, und zeigt der Versammlung die bei der Operation gewonnenen Tumor-

Digitized by Google

stücke. Es handelte sich in diesem letzteren Falle um einen noch jungen Mann, der im Verlaufe des letzten halben Jahres dreimal an Tumoren operirt war — zum ersten Male: Tumor im Abdomen, zum zweiten: Drüsentumor in der linken Fossa supraclavicularis, zum dritten: Tumor des linken Hodens. Die erste Geschwulst war im Göttinger pathologischen Institut für ein Teratom erklärt. Die letzte Operation hatte am 9. April dieses Jahres stattgefunden. Bald nach dieser stellten sich heftige Schmerzen in der linken Brust ein, die bandförmig vom Rücken nach dem Sternum strahlten und oberhalb der Brustwarze im Hautgebiete der 3. Dorsalwurzel ihren Sitz hatten, die rechte Seite war zunächst unbetheiligt. Vom 12. April an traten dann Lähmungserscheinungen der Beine und des Rumpfes ein, die rapide fortschritten, während die Sensibilitätsstörungen ihnen nur langsam nachfolgten, dazu Blasen- und Mastdarmlähmung, unter Fortbestand der Schmerzen im 3. Dorsalwurzelgebiete links. Die Lähmungserscheinungen hatten zuerst links eingesetzt: deutliche *Brown-Séquard*'sche Symptome waren nicht beobachtet. Am 16. April 1894 sah *B.* den Pat. zuerst: Es bestand totale schlaffe Paraplegie der Beine, der Bauch- und unteren Intercostalmusculatur bei absolutem Freibleiben der Arme, der Schultern, des Halses und Kopfes. Das Gefühl war für alle Qualitäten aufgehoben bis ungefähr an das 6. Dorsalwurzelgebiet, im 5. und 6. war es unsicher, besonders localisirte der Pat. schlecht, im Bezirke der Brustwarze (4. Dorsalwurzelgebiet) bestand beiderseits deutliche Hyperästhesie (Nachbrennen der Nadelstiche), darüber normales Gefühl — auch an den Armen. Die Blase war total gelähmt — Pat. wurde katheterisirt — nur wenn dieses längere Zeit nicht geschehen war, floss der Urin tropfenweise ab. Bei starkem Drucke in der Blasengegend konnte man die Blase auch mehrmals entleeren (ausdrückbare Blase). Der Stuhl war hart, angehalten und musste mechanisch entfernt werden. Die Patellarreflexe waren beiderseits mässig vorhanden — der Plantarreflex beiderseits lebhaft. Schmerzen im 3. Dorsalwurzelgebiete links, in den letzten Tagen aber auch in mässigem Grade rechts.

Im weiteren Verlaufe, der täglich aufs genaueste controlirt wurde, liess sich ein weiteres Fortschreiten der Markcompression sowohl nach oben hin, wie in Beziehung auf den Querschnitt constatiren. Die Anästhesiegrenze rückte allmälig immer weiter nach oben und es bestand schliesslich totale Anästhesie für alle Qualitäten bis ungefähr zur Höhe der 2. Rippe von unten, also bis an das Gebiet, das vom oberen Cervicalplexus versorgt wird. Möglicherweise war undeutliches, nicht localisirbares Gefühl in geringem Grade auch noch im 3. Dorsalgebiete vorhanden. Die Arme zeigten niemals eine objective Sensibilitätsstörung. Die Schmerzen sassen jetzt beiderseits über der Mamilla wie ein etwa 2 Finger breiter Reifen um die Brust, eine deutliche Hyperästhesiezone war nicht abzugrenzen. Am Tage vor der Operation (24. April) strahlten sie zum ersten Male mit Heftigkeit in die Ulnarseite

Digitized by Google

beider Oberarme bis zum Ellenbogen (also in das 2. Dorsalwurzelgebiet). Entsprechend dem Rückenmarksursprung der 3. Dorsalwurzel, über der 2. Spina dorsalis und zwischen 1. und 2. Spina, fand sich deutliche umschriebene Schmerzhaftigkeit bei Druck und Beklopfen (häufig constatirt), und diese Stelle that auch bei längerem Aufsitzen sehr weh. Die Lähmung war dieselbe geblieben — vollkommen schlaff — bei erhaltener faradischer Erregbarkeit der Muskeln und Nerven der Beine. Husten und Niesen konnte Pat. nicht. An den Armen, Hals und Kopf keine Spur von Lähmung. Ophthalmoskopisch nichts.

Der rechte Patellarreflex war vom 18. April an dauernd verschwunden, der linke nur mit Jendrassik eben zu sehen (leichte Contraction des Vastus internus) und rasch ermüdend, nach dem 2.—3. Schlage nicht mehr vorhanden. Vom 23. April an war er auch links ganz verschwunden. Die Plantarreflexe blieben erhalten, nur der rechte fehlte vorübergehend (am 18. April). Blase und Mastdarm wie früher. Urin stark eitrig. Abends Temperaturen bis 40°. Pat. schwitzte beim Temperaturabfall stets nur im Kopf und Armen, sowie an der Brust bis zur 2. Rippe, niemals im anästhetischen Gebiete. Untersuchungen des Gefühles mit der Nadel zeigten von unten bis zur 2. Rippe eine hochgradige vasomotorische Reizbarkeit der Haut — lang andauernde und ausgedehnte rothe Flecke — im fühlenden Gebiete nichts dergleichen. Die linke Pupille war meist etwas enger als die rechte. Der Penis war manchmal etwas turgide. Beginnender Decubitus.

Die Diagnose war in diesem Falle leicht. Bei der Anamnese — mehrfache frühere Tumoren — war wohl nur an einen Tumor als Ursache der Rückenmarkscompression zu denken. Bei der Bestimmtheit, mit der die Schmerzen immer im Gebiete der 3. Dorsalwurzel sassen, zuerst nur links, und vor allem auch bei dem Umstande, dass dem Rückenmarksursprunge dieser Wurzel entsprechend an der 2. Spina dorsalis ausgeprägte Druckschmerzhaftigkeit bestand, war auch die Niveaudiagnose des Tumors leicht. Der Tumor musste im Gebiete der 3. Wurzel sitzen und erreichte auch wohl noch die 2. (Schmerzen in beiden Oberarmen am Tage vor der Operation.) Höher hinauf ging er nicht, da die Arme sonst absolut frei waren. Der Tumor musste von links ausgegangen sein — hatte jetzt aber das Mark schon erheblich, fast total, comprimirt; deshalb bei hohem Sitze schlaffe Lähmung, Fehlen der Patellarreflexe, Blasen- und Mastdarmlähmung, schwere Sensibilitätsstörung und Decubitus. Während aus allen diesen Gründen der Gedanke an eine Operation sehr nahe lag, war doch bei der Malignität und häufigen Metastasenbildung der bisherigen Geschwülste die Prognose für eine definitive Heilung keine gute. Der Pat. aber sowohl wie seine Frau verlangten, nachdem ihnen die Umstände des Falles, so gut es ging, klar gelegt waren, dringend die Operation. Diese fand am 25. April statt. Es wurde zuerst der 1. und

Digitized by Google

2. Dorsalwirbelbogen entfernt. Schon am oberen Rande des 2., im 3. Dorsalwurzelgebiet, genau den Symptomen entsprechend, traf man auf eine extradural liegende weiche blutreiche Geschwulst, die nach Entfernung des 3. und 4. Dorsalwirbelbogens sich bis ins Gebiet der 6. Dorsalwurzel verfolgen liess und dort zu endigen schien. Es blutete sehr stark aus der Geschwulst, so dass der Ueberblick sehr erschwert war, und war der Tumor so weich, dass er nur in kleinen Stücken herauszunehmen war. Nach Eröffnung der Dura war das Mark selbst frei von Tumormassen und konnte während der Operation auch keine wesentliche Compression desselben erkannt werden. Die mikroskopische Untersuchung frischer Tumorstücke ergab hauptsächlich runde grosse Sarcomzellen: alle in mehr oder weniger vorgeschrittener fettiger Degeneration.

Der Kranke befand sich nach der Operation, 12 Uhr Mittags, zunächst ganz gut — hatte auch einen kräftigen und nicht frequenten Puls. Abends gegen 8 Uhr collabirte er ganz plötzlich und starb gegen 10 Uhr. Eine Ursache für den plötzlichen Tod fand sich bei der Section nicht. Die Nachblutung in den Verband war nur mässig gewesen. Bei der Section des Rückenmarkes fand sich, dass der Tumor erst unter dem 5. Dorsalwurzelbogen sein unteres Ende erreichte — hier und an der Vorderseite des Markes waren Tumorreste sitzen geblieben. Das Mark war in der ganzen Länge des Tumors vom 2. bis 5. Dorsalbogen hochgradig comprimirt; ein Einschnitt in das untere Ende dieser Compressionsstelle liess röthlich gefärbte weiche Massen vorquellen. Danach erscheint eine Besserung der Lähmung auch nach voller Entfernung des Tumors doch nur in geringen Grenzen möglich gewesen zu sein.

Das Lendenmark und die Cauda equina waren makroskopisch intact, was für die auch hier wieder beobachtete schlaffe Lähmung und das Fehlen der Sehnenreflexe bei Erkrankung des oberen Dorsalmarkes von Wichtigkeit ist. Interessant ist noch das Bestehenbleiben des Patellarreflexes: Cremaster- und Bauchreflex waren nicht zu prüfen (frühere Operationen). Die Querläsion war also keine ganz totale.

Sodann demonstrirt *Wulff* einen Tumor des linken Scheitelbeines nebst Krankengeschichte.

38jähriger Mann, hereditär belastet, seit 1872 in der Anstalt, körperlich durch starke Kyphoskoliose und durch starke Parese der unteren Extremitäten und leichte Parese der oberen Extremitäten vollkommen hülflos, sonst körperlich immer gesund, zeigt sehr geringen Grad von Schwachsinn, in früheren Jahren zeitweise von leichten maniakalischen Erregungen unterbrochen. Im Jahre 1871 und 1878 mehrere Male epileptische Anfälle, früher und später nicht wiederkehrend. Ende 1892 zeigt sich bei ihm rechtsseitiger Hodentumor, der bald kleiner werdend ihn nicht mehr belästigte, bis Anfang 1893 durch Quetschung des Scrotums dieser rechtsseitige Hodentumor sich vergrösserte und etwas schmerzhaft wurde; letzteres verschwand bald nach Eisbehandlung. Zu gleicher Zeit trat linksseitige

Digitized by Google

Parotisanschwellung auf (anfangs bei der bekannten Zusammengehörigkeit der Genitalsphäre mit der Parotis auf die Hodenquetschung geschoben), die sehr bald darauf von einer kleinen Anschwellung der linken Stirngegend gefolgt war. Letztere wuchs mehr und mehr heran, während die Parotisgeschwulst mehr und mehr zurückging, um erst im letzten Vierteljahr des Lebens wieder grösser zu werden. Die Schädelgeschwulst und Hodengeschwulst wurden immer grösser, bis letztere etwa drei Faust gross, erstere noch um die Hälfte grösser ward. Im letzten halben Jahre waren auch die linken Cervicaldrüsen mächtig vergrössert. Im December 1893 trat ein einmaliger kurzdauernder epileptoider Anfall auf — Ende April, nach gutem Befinden in der Nacht ein mit hohem Fieber einhergehender Anfall von Dickdarmcatarrh mit blutig-schleimigen Ausleerungen. Dieser Zustand blieb, bei vollem Bewusstsein des Kranken, bis Nachmittags des folgenden Tages, dann traten wiederholte epileptoide, mit Bewusstseinsverlust einhergehende Anfälle auf, die nach knapp einer Stunde zum Exitus führten. Die Obduction ergab Tumor des rechten Hodens, Tumor der linken Parotis und der cervicalen Drüsen; Tumor des Stirnschädels, vom Periost ausgehend mit Durchwucherung des Knochens und massigem, faustgrossen Vordringen der Tumormassen in der Schädelhöhle, Verwachsung des Tumors mit der Dura, Verklebung der letzteren mit der Pia, aber Intactbleiben des Gehirns. Letzteres war sehr stark comprimirt und zwar waren das linke Stirnhirn und die 1. und 2. rechte Stirnwindung aufs äusserste zusammengedrückt, bluttleer, die Centralwindungen und alle übrigen Hirntheile intact geblieben, nur die Windungen überall leicht glatt; die Meningealgefässe stark gefüllt; ausserdem diffuse chronische Convexitäts-Leptomeningitis. Das grosse Gehirn wog 1080, das kleine 160 g, letzteres war nicht völlig vom ersteren bedeckt. Das merkwürdige an diesem Falle war das völlige Fehlen jeden Symptomes! Der sehr grosse Tumor hatte auf die Gehirnfunctionen keinen Einfluss ausgeübt. Der Kranke war bis zum letzten Augenblick heiter, vergnügt, hatte noch am letzten Nachmittage vorher eine Spazierfahrt gemacht, sich Musik machen lassen etc. Er hat, ein einziges Mal ausgenommen, nie über Schmerzen geklagt; es sind niemals im ganzen Verlauf Hirndruck-Erscheinungen aufgetreten: das psychische Verhalten blieb ungeändert, Puls und Athmung blieben normal, Schwindelgefühl, Erbrechen ist nie beobachtet; es wurde keine Stauungspapille gefunden, Schmerzen fehlten, wie schon gesagt — ob die epileptiformen Anfälle (im December und am Schlusse) auf den Tumor zu beziehen waren, ist recht zweifelhaft, da der Kranke schon früher epileptische Anfälle während längerer Zeit gehabt hat, wie solche bei cerebralen Para- und Hemiplegien erfahrungsgemäss in späteren Jahren oft wiederkehren. Herderscheinungen (Opticus, Oculomotorius, Quintus, Facialis, Abducens, Hypoglossus) sind keine beobachtet.

Die Tumoren erwiesen sich mikroskopisch als kleinzellige Rundzellensarcome; am Schädel war in der Mitte des nach aussen liegenden Tumors

Digitized by Google

eine schleimige Erweichung eingetreten, die während des Lebens ziemlich deutliche Fluctuationszeichen darbot.

Wulff sprach ferner „Ueber Hypoplasie des Herzens bei Geistesschwachen".

Der Vortrag ist in dieser Zeitschrift, S. 447, abgedruckt.

Otto Snell: Vom internationalen ärztlichen Congress zu Rom.

Vortragender berichtet zunächst über diejenigen Gegenstände, welche in der internationalen Ausstellung für Medicin und Hygiene besonderes Interesse für den Psychiater hatten. Es war ein sehr schönes Modell der Königlich Sächsischen Landes-Heil- und Pflege-Anstalt für Geisteskranke zu Untergöltzsch ausgestellt. Die Anstalt dehnt sich zu beiden Seiten der den Ort und Bahnstation Rodewisch verbindenden fiskalischen Strasse aus. Letztere trennt das ganze Bereich in zwei Theile (nördlich Männer-, südlich Frauen-Abtheilung). Die für Betrieb und Verwaltung dienenden Gebäude, das Gutsgehöfte sowie Kirchen-, Fest- und Beamtenwohnhäuser liegen zunächst der Strasse; an sie reihen sich die Krankenhäuser derart an, dass die aufgeregtesten Kranken von der belebten Strasse am weitesten entfernt sind.

Die Anstalt ist nach dem colonialen Systeme in Pavillons gebaut und entbehrt als Ganzes jeder Einfriedigung, nur um die zwei Gebäude für Unruhige ist der Garten von einer Mauer umgeben.

Auch von einer italienischen Irrenanstalt war ein Modell ausgestellt, nämlich von der zu Reggio Emilia. Sie besteht aus einem grossen, zusammenhängenden Gebäude, das sechs Höfe vollständig einschliesst, und aus etwa einem Dutzend in der nächsten Umgebung zerstreuten Einzelbauten. Diese Pavillons enthalten die Abtheilungen für Männer, während der geschlossene Bau für die Frauen bestimmt ist.

Aus der Irrenabtheilung des Krankenhauses zu Bremen (Director Dr. *Scholz*) waren 140 sehr schöne Photographien von Geisteskranken ausgestellt. Eine kleinere Sammlung von Photographien hatte die Irrenanstalt zu Imola geschickt (Director Dr. *Ugo Tamburini*).

Dr. *Paul Berliner* zu Berlin hatte Wachsmodelle von Ohren mit der charakteristischen Deformität nach multiplen Traumen ausgestellt.

Vortragender berichtet ferner über die Demonstrationen und Vorträge der Herren *Bianchi*, *Lombroso*, *Morel*, *Hirt*, *Smith* (Marbach am Bodensee) und *Ferri*. Da bis zum Erscheinen dieses Referates auf anderen Wegen Berichte über den Congress zu Rom zur allgemeinen Kenntniss gelangt sein werden, kann von der Wiedergabe dieses Vortrages abgesehen werden.

Nächste Versammlung am 1. Mai 1895 Hannover, Nachmittags 4 Uhr.

Gerstenberg.

Digitized by Google

Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. Juni 1894.

Anwesend 62 Mitglieder, nach der Präsenzliste die Herren: *Ascher*-Berlin, *Bennecke*-Lichtenberg (a. G.), *v. Blomberg*-Lauenburg, Pom., *Boedeker*-Lichtenberg, *Boettiger*-(a. G.), *Brasch*-Berlin, *Cramer*-Eberswalde, *Edel*-Charlottenburg, *Elten*-Schöneberg, *Falkenberg*-Lichtenberg, *Flatau*-Polen, *Fränkel*-Steglitz, *Ganser*-Dresden, *Goldstein*-Grosslichterfelde, *Hebold*-Wuhlgarten, *Jastrowitz*-, *Jolly*-Berlin, *König*-Dalldorf, *Koeppen*-Berlin (a. G.), *Kortum*-Lichtenberg, *H. Laehr*-Zehlendorf, *M. Laehr*-Berlin, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Leppmann*-Moabit, *Lewald*-Lichtenberg, *Lochte*-Berlin (a. G.), *Looft*-Bergen, Norwegen, *Mendel*-Berlin, *Moeli*-, *Mönkenmöller*-Lichtenberg, *Neisser*-Leubus, *Oestreicher*-N.-Schönhausen, *Otto*-Lichtenberg, *Pierson*-Lindenhof, *Richter*-, *Rust*-Dalldorf, *Schaefer*-Lichtenberg, *Wahrendorf*-Berlin (a. G.), *Waldschmidt*-Westend.

1. Der Vorsitzende *Laehr* sen. eröffnet die Sitzung und bringt Grüsse der Herren *Zinn*, *Gock*, *Ideler*.

Der Vorstand wird durch Zuruf wiedergewählt, für die Rechnungsablage Entlastung ertheilt.

2. Herr *Moeli*: „Kurze Bemerkung zur Behandlung der Epilepsie". —

Vortragender berichtet über abwechselnde Verordnung von Atropin und Brompräparaten nur bei solchen Epileptischen, welche Brom nicht vertragen oder längere Zeit ohne genügende Wirkung genommen hatten. Die Beobachtungen, seit Beginn 1890 angestellt, umfassten längere Zeiträume, z. Th. 2—3 Jahre. Ein befriedigendes Resultat wurde im Ganzen nicht erreicht, in einem Drittel wurde eine Besserung im Vergleiche zu den früher angewandten Brommengen bemerkt, selbst ein Aussetzen fand jedoch stets nur für einige Monate statt.

Vortragender bringt diese Beobachtungen mit Rücksicht auf die *Flechsig*sche Opium-Bromkalibehandlung zur Kenntniss (unter Darstellung in Curven). Er glaubt danach, dass einer zeitweiligen Unterbrechung des Bromgebrauchs, welche bei diesen anscheinend meist schwereren Fällen z. Th. eine vorübergehende Wirkung entfaltet, schon an sich eine gewisse Bedeutung beizumessen sei. Nach den viel vollkommneren Resultaten *Flechsig*'s wird jedoch in ihr allein nicht die Grundlage der Wirkung zu sehen sein. (Der Vortrag wird ausführlich in den „Therapeut. Monatsheften" veröffentlicht.)

Discussion. Herr *Fraenkel*: Ich habe einzelne Fälle der *Flechsig*schen Opium-Brombehandlung unterzogen, und wenn auch die Behandlung und Beobachtung noch nicht abgeschlossen ist, so möchte ich doch einen Fall ganz besonders hervorheben, der wohl als geheilt bezeichnet werden kann. Es handelt sich um ein 21jähriges Mädchen, die seit ihrem 7. Jahre von einer Unzahl von epileptischen Anfällen — oft bis zu 120 pro Monat

Digitized by Google

— heimgesucht wurde. Kurz vor den Menses oder im Anschluss an dieselben häuften sich die Anfälle noch mehr. Die gewöhnliche Therapie, insbesondere mit Zink- und Brompräparaten, blieb vollkommen erfolglos. Erst nach energischer Opium-Brombehandlung nach *Flechsig* blieben seit dem 8. August 1893 — also über 10 Monate — die Anfälle fort. Gleichzeitig änderte sich das Wesen der Kranken. Die sonst leicht reizbare und unfügsame Patientin ist zugänglich geworden und zu Hausarbeiten sehr gut zu verwenden. Auffallend ist, dass die Patienten durchweg nach Aussetzen des Opiums eine grosse Erregtheit und Verworrenheit, meist auch ein sehr larmoyantes Wesen zeigen und erst nach Tagen sich beruhigen; es dürfte dies durch die Entziehung des Opiums hervorgerufen sein. Bei den übrigen, noch in Behandlung befindlichen Kranken scheint die *Flechsig*'sche Methode sich nicht zu bewähren.

Herr *Hebold:* Auch in der Anstalt Wuhlgarten haben wir die *Flechsig*sche Methode der Epilepsiebehandlung versucht. Wir kamen unter Anderem dazu, diese Behandlung anzuwenden, in den Fällen, wo in Verbindung mit den epileptischen Anfällen Angstzustände geradezu zu der Verabreichung von Opium herausforderten.

Bei der kurzen Beobachtung ist von einem abschliessenden Urtheil keine Rede. Ich will nur soviel anführen, dass sofort nach Aussetzen des Opiums und Verabreichung des Bromkaliums die Anfälle für längere Zeit aussetzten, dann aber in alter Weise wiederkehrten. Bei anderen Fällen war kein Einfluss zu beobachten.

3. Herr *Leppmann:* „Die sogenannte secundäre Paralyse, eine Anregung zur Sammelforschung."

Discussion wird auf die nächste Sitzung verlegt, um das von Anderen beobachtete Material zu verwerthen. —

4. Fortsetzung der Discussion über das Referat der Herren *Cramer* und *Boedeker:* „Abgrenzung der Paranoia". —

Das Schlusswort erhalten:

Herr *Cramer* (Schlusswort in der Discussion über Abgrenzung und Differenzialdiagnose der Paranoia).

So sehr *Cramer* überzeugt war, dass es in einem in mancherlei Beziehung noch unklaren und dunklen Gebiete schwer sein dürfte etwas Vollkommnes zu liefern, so glaubte er doch, um eine Discussion zu ermöglichen, bestimmte Punkte möglichst scharf hinstellen zu müssen. Er war sich dabei wohl bewusst, dass die von ihm aufgestellten Thesen in der Form nicht bestehen bleiben konnten, und es war auch gerade die bestimmte Form, an der die Vorredner, welche sonst im Allgemeinen mit der Grundlage einverstanden waren, Anstoss genommen haben. *Cramer* ist überzeugt, dass sowohl zwischen den einzelnen der von ihm aufgestellten Gruppen der einfachen nicht complicirten functionellen Seelenstörungen

Digitized by Google

Uebergänge aller Art vorkommen, also im Sinne von *Jolly* Zwischenformen vorhanden sind, und dass auch die einzelnen der von ihm zur Paranoia gerechneten Zustandsformen alle Arten von Uebergängen aufweisen. Was die abweichenden Meinungen *Moeli*'s über das Verhältniss der Thätigkeit des Gemüths zur Verstandesthätigkeit betrifft, so glaubt *Cramer*, dass dieselben zum grossen Theil auf Missverständnissen beruhen, und entwickelt seine Auschauungen über das wechselseitige Verhältniss unseres Verstandes- und Gemüthslebens. *Cramer* ist Herrn Jolly dankbar, dass er auf eine dritte grosse Gruppe der einfachen nicht complicirten Seelenstörungen aufmerksam macht, welche durch das gänzliche Darniederliegen jeder erkennbaren psychischen Thätigkeit charakterisirt ist, und hält es für am Besten, wenn diese Form, über welche er eigene Erfahrungen nur wenig besitzt, unter dem Namen Anoia, wie *Jolly* vorschlägt, in die psychiatrische Classification eingeführt wird. Nachdem *Cramer* sich noch mit dem Einwurfe von *Jastrowitz* beschäftigt hat, schlägt er zum Schlusse vor, die einfachen nicht complicirten functionellen Psychosen in folgende drei Gruppen zu classificiren.

Die erste Gruppe, die Gruppe der Stimmungsanomalie, ist charakterisirt dadurch, dass eine Veränderung der Gemüthslage dauernd in den Vordergrund der Symptome tritt.

Die zweite Gruppe, die Paranoiagruppe (und nicht Paranoia, wie *Cramer* in seinem Referate sagte) ist charakterisirt durch das Hervortreten einer Verstandesstörung. Verstandesirresein, wie Herr *Jolly* sich ausdrückt.

Die dritte Gruppe, welche als Anoia bezeichnet werden muss, ist charakterisirt durch das Erlöschen jeder erkennbaren Thätigkeit des Verstandes und des Gemüthes.

Zwischen den einzelnen Gruppen und namentlich zwischen den beiden ersten kommen Uebergangsformen vor.

Die zweite Gruppe hängt durch die acuten Formen mit den Fieberdelirien, Intoxicationsdelirien etc. zusammen.

Der genaue ausführliche Wortlaut des Schlusswortes findet sich im Anfang des Originalartikels über Abgrenzung und Differenzialdiagnose der Paranoia im 51. Bande dieser Zeitschrift.

Herr *Boedeker:* Wie ich bereits am Ende meines Referats hervorhob, lag es in der Natur der Sache, dass, bevor eine Eintheilung der Paranoia discutirt würde, der Begriff der Paranoia möglichst festgelegt werden musste. Dementsprechend haben die Herren, die sich an der Discussion betheiligten, ihre Ausführungen mit Recht ganz vorzugsweise der Frage gewidmet, welche der überhaupt in Betracht kommenden Krankheitsbilder gehören zur Paranoiagruppe, welche nicht?

Wir haben gesehen, dass es zu einer vollkommenen Einigung über diesen Punkt nicht gekommen ist. Wenn ich nun bezgl. der Eintheilungsfrage zunächst das hervorheben darf, worüber, wie es scheint, eine über-

Digitized by Google

einstimmende Ansicht besteht, so ist dies in erster Linie die Anerkennung der Berechtigung, acute und chronische Formen der Paranoiagruppe als existirend zu betrachten. Das klingt vielleicht selbstverständlich, ist es aber nicht ohne Weiteres; ich brauche wohl nur daran zu erinnern, dass von einer Anzahl angesehener Forscher das Bestehen einer acuten Paranoia überhaupt nicht anerkannt wird. Des Weiteren scheint die Eintheilung in sogenannte einfache und hallucinatorische Formen der Paranoia (nach *Mendel*) diejenige zu sein, die von der Mehrzahl der Herren zunächst als die geeignetste betrachtet wird, um auf ihr weiter aufzubauen. Während diese Eintheilung für die chronischen Paranoiaformen wohl keinem erheblichen Widerspruch begegnen dürfte, möchte es für die acuten Formen vielleicht fraglich erscheinen, ob sie eine hinreichend umfassende sei; haben wir doch schon unter den acuten hallucinatorischen Formen solche, die, um Herrn *Jolly*'s Bezeichnung zu gebrauchen, einen delirirenden, und solche, die einen systematisirenden Charakter aufweisen; denn dass gerade auch die sogenannte systematisirende acute Form sehr häufig einen ausgeprägt hallucinatorischen Charakter trägt, darf, glaube ich, keinem Zweifel unterzogen werden. Wir hätten also sicher eine delirirende und eine systematisirende acute hallucinatorische Paranoia oder, um mich anders auszudrücken, eine acute hallucinatorische Paranoia mit und ohne Verwirrtheit zu unterscheiden. Dass diese beiden Formen ein sehr verschiedenes klinisches Gepräge haben können, und dass eine solche Unterscheidung deshalb wünschenswerth und nothwendig ist, liegt auf der Hand. Noch schwieriger fast gestaltet sich die Sache, so unwahrscheinlich es Anfangs klingen mag, bei der sog. Paranoia acuta simplex. Bei Anwendung der Eintheilung des Herrn *Jolly* würde diese den „systematisirenden" Formen der acuten Paranoia zuzuzählen sein. Nach den Erfahrungen des Herrn *Jastrowitz* kommt diese Form zumeist bei von Hause aus Schwachsinnigen oder bei schwachsinnig Gewordenen vor, sie geht seines Erachtens aus in Heilung, Amentia chronica, Dementia confusa oder Paranoia chronica. Nach Herrn *Mendel* kommt sie ebensowohl bei geistig Gesunden wie bei Schwachsinnigen vor, kann Monate lang dauern, heilt oder geht in Paranoia chronica simplex über. Nach *Ziehen* ist die acute nicht hallucinatorische Paranoia eine äusserst acut verlaufende, selten länger als 3 Wochen dauernde, fast nur auf dem Boden schwerer erblicher Belastung vorkommende, stets in Heilung ausgehende Erkrankung. Andere rechnen noch andere Krankheitsbilder hierher. Es ist zweifellos, dass hier die verschiedenen Autoren zum Theil ganz verschiedene Formen im Auge haben, und es dürfte sich, wie übrigens auch sonst bei Erledigung der Paranoiafrage, ganz besonders hier nur durch Beschaffung detaillirten casuistischen Materials eine endgültige gegenseitige Klärung erzielen lassen.

Endlich die Amentia *Meynert*'s, bezw. das Delirium hallucinatorium (Mania hallucinatoria) *Mendel*'s bezw. die hallucinatorische Verworrenheit *Fürstner*'s bezw. Verwirrtheit *Wille*'s etc. Herr *Jastrowitz* und Herr *Mendel*

Digitized by Google

befürworten eine Trennung dieser Gruppe von der Paranoiagruppe, während ich nach den Ausführungen des Herrn *Jolly* annehmen zu dürfen glaube, dass dieser gegen eine Zurechnung dieser Fälle zur Paranoia erhebliche Einwendungen nicht zu machen hat: sie würden dann wohl ausschliesslich den delirirenden Formen zugerechnet werden müssen. Auch die in den Referaten ja eingehender gewürdigte Form der acuten Paranoia, die neuerdings *Ziehen* als „dissociative" aufgestellt hat, und deren auch Herr *Jolly* in seinen Ausführungen gedachte, müsste, wenn man sie eben nicht als gesonderte acute Form unter der genannten Bezeichnung anerkennen will, den delirirenden Formen zugerechnet werden. Hierin würde in Anbetracht der von Herrn *Jolly* ja auch berücksichtigten Bedeutung des Wortes „deliriren" kein Widerspruch liegen; man müsste sich dann nur vergegenwärtigt halten, dass es auch acute delirirende nicht hallucinatorische Formen der Paranoia giebt. Unter die Kategorie der Mania hallucinatoria oder des Delirium hallucinatorium dagegen würden diese Fälle, was die Bezeichnung betrifft, nicht passen, eben weil Hallucinationen hier nicht das vorherrschende Symptom darstellen. Die Eintheilung des Herrn *Jolly* in delirirende und systematisirende acute Formen der Paranoiagruppe würde somit alle wesentlichen hier in Betracht kommenden klinischen Erscheinungsweisen umfassen: zu den delirirenden würden sowohl die hallucinatorisch als die durch Incohärenz bedingten Fälle von Verwirrtheit, zu den systematisirenden sowohl die ohne stärkere Betheiligung von Hallucinationen als auch die (häufigeren) vorzugsweise durch Sinnestäuschungen gekennzeichneten, im Uebrigen aber keine wesentliche Verwirrtheit zeigenden Fälle acuten Verstandesirreseins gehören.

5. Herr *Cramer:* „Klinische Mittheilung."

Vor Kurzem hat *Biernacki* darauf aufmerksam gemacht, dass die Analgesie des Ulnarisstammes auf Druck in seinem Verlaufe und am Condylus internus des Humerus bei der Tabes in der Regel vorkomme, während sie bei den meisten anderen organischen Erkrankungen des Nervensystems (mit bestimmten Ausnahmen) nicht vorhanden sei. *Biernacki* gründete seine Anschauung darauf, dass er in 20 Fällen von Tabes 14 Mal die Ulnares analgetisch fand. Die vielfachen Beziehungen, welche klinisch und anatomisch zwischen Tabes und Paralyse bestehen, veranlassten *Cramer*, die Paralytiker der Eberswalder Anstalt systematisch auf ihr Verhalten bei starkem Druck auf die Ulnares zu prüfen. Im Ganzen kamen 51 Paralytiker zur Untersuchung. 39 davon, also 76 pCt., zeigten auch bei stärkstem Druck eine absolute Analgesie der Ulnaresstämme. Weitere 7 zeigten die Analgesie nur auf einer Seite. Es fand sich demnach Analgesie überhaupt bei 46 der untersuchten Kranken, also in 90 pCt. Die Analgesie zeigte sich sowohl bei Paralytikern mit fehlendem Kniephänomen, als bei solchen mit gesteigerten Patellarreflexen. Auch im Verhalten der übrigen Symptome (Pupillarreaction, Schmerzempfindlichkeit etc.) liess sich ein Zusam-

Digitized by Google

menhang mit dem Verhalten der Ulnarisstämme auf Druck nicht feststellen. Diese Befunde bei Paralytikern legten es nahe, bei anderen nicht paralytischen, stark dementen, stumpfen und gebundenen Geisteskranken ebenfalls Versuche anzustellen. Unter 63 meist derartiger Fälle liess sich nun 50 Mal, also in 79 pCt., eine ausgesprochene Schmerzempfindlichkeit der Ulnarisstämme nachweisen. Es verhielten sich also die nicht paralytischen Kranken fast gerade umgekehrt, als wie die Paralytiker. Mit Bezug auf dieses Untersuchungsergebniss hält es *Cramer*, die Bestätigung dieser Befunde durch weitere ausgedehntere Untersuchungen von anderer Seite vorbehalten, für wahrscheinlich, dass der Nachweis der Ulnarisanalgesie geeignet ist, differenzial-diagnostisch eine Rolle zu spielen. Wenn *Cramer* dem Auftreten der Schmerzempfindung und der diese begleitenden Reaction in Gestalt von einer schmerzhaften Verziehung des Gesichtes und Zurückziehen des Armes auch nicht die Dignität eines Reflexes vindiciren möchte, so glaubt er doch, dass die leichte Ausführbarkeit der Prüfung auf Ulnarisanalgesie die Bedeutung des Symptomes erhöht. Auf jeden Fall ist durch das Ergebniss der *Cramer*'schen Untersuchung die Ulnarisanalgesie als ausschliessliches Tabessymptom in Frage gestellt. Auch scheint das Auftreten dieser Erscheinung nicht vorwiegend an eine Erkrankung der Hinterstränge gebunden zu sein. Was für pathologisch-anatomische Veränderungen das Symptom veranlassen, darüber Vermuthungen anzustellen, hält *Cramer* bei dem weit ausgedehnten Gebiet, in dem die Paralyse ihre Angriffspunkte findet, für überflüssig. Darüber können nach seiner Ueberzeugung nur ausgedehnte speciell zu diesem Zweck unternommene pathologisch-anatomische Untersuchungen unter Berücksichtigung der gesammten Pathologie der Paralyse Aufschluss gewähren. Zum Beweise dafür, dass das Rückenmark allein für das in Rede stehende Symptom nicht verantwortlich gemacht werden kann, erwähnt *Cramer*, dass er in einem Falle, wo nur einseitige Ulnarisanalgesie sich nachweisen liess, im Rückenmark symmetrisch auf beiden Seiten eine leichte Affection der Seitenstränge, der eintretenden hinteren Wurzeln und der austretenden vorderen Wurzeln nach *Marchi* nachweisen kann.

Auf Anfrage des Herrn *Mendel* giebt Herr *Cramer* an, dass der periphere Ulnaris noch nicht untersucht sei. *M.*

Digitized by Google

Literatur.

Traité des maladies mentales par le Dr. *H. Dagonet*. Avec la collaboration de *J. Dagonet* et *G. Duhamel*. — Paris, Libraire J. B. Baillière 1894.

Die Collegen *Dagonet* — grand père, père, fils — bilden in drei folgenden Generationen eine illustre Asklepiaden-Familie. Der Grossvater war Gründer des Asyls von Châlons s. Marne; der Vater langjähriger Chefarzt von Stephansfeld und später von St. Anne; ihm folgt in getreuer Tradition der Sohn als Arzt an derselben Anstalt. Auch die Autoren-Tugend, in bester Anlage und Entfaltung, ist hereditär in der Familie *Dagonet*. Während aber unsere Wissenschaft beim Sohne *Jules* immer noch grössere Hoffnungen verzeichnet, zu denen sein Wissen und Streben berechtigt, gedenkt sie beim Namen des Vaters vor Allem eines längst gewonnenen, allseitig anerkannten Besitzes. Es ist das treffliche Handbuch, das Herr *H. Dagonet* seit 1862 in wiederholter Bearbeitung uns geschenkt hat. Dieses letztere erscheint heute in dritter Auflage. Aeusserlich schon bedeutend erweitert (842 Seiten gegenüber 727 Seiten der zweiten Auflage) ist es in seiner vorliegenden Gestalt auch innerlich zeitgemäss umgearbeitet, vollständig auf dem neuesten Standpunkt, mit sorgsamster und dabei kritisch ausgewählter Benützung der Gesammtliteratur — Alles an der eigenen reichen Erfahrung geprüft und geläutert. So giebt das Buch ein getreues und abschliessendes Bild des Standes der modernen Psychiatrie, zu dessen Eroberung die eigenen Arbeiten des Verf.'s seit über drei Jahrzehnten selbst so Wesentliches beigetragen haben. Und nicht nur das gesicherte psychiatrische Wissen der Jetztzeit spendet uns das Werk, sondern es giebt uns auch eine Fülle bemerkenswerther Anregungen, für den Theoretiker wie für den Praktiker von gleich hohem Interesse. Beide werden deshalb das Buch mit demselben Interesse in die Hand nehmen: Jener zur Orientirung über die principiellen Probleme der Gegenwart, dieser über die praktischen Fragen; dort findet er die geprüften Urtheile des Verf.'s, hier die in der Erfahrung bewährten Rathschläge desselben. Dabei ist die Darstellung einfach, klar, und bei aller

Digitized by Google

Gründlichkeit ansprechend. 42 Photographien und eine geographische Karte der Irrenasyle beleben den höchst reichhaltigen, gleichmässig abgewogenen Text.

Ref. erlaubt sich im Nachfolgenden ein kurzes Résumé des Inhalts des Buches zu geben.

Nach einem gedrängten historischen Grundriss (Cap. I) geht Verf. zur pathologischen Physiologie der Geistesstörungen über (Cap. II). Der sog. „psychische" und der „somatische" Standpunkt wird an den Systemen von *Heinroth* und von *Jacobi-Nasse* entwickelt, und daran ein Corollarium unserer wichtigsten Kenntnisse von der Struktur der Nervenorgane (*Golgi*, *Ramon y Cajal*), sowie der physiologischen Beziehungen und Wechselleistung zwischen Seele und Leib (Affecte, psychische Ansteckungen etc.) angeknüpft. Wohlthuend berührt der Standpunkt des Verf.'s, der bei voller Würdigung der Bedeutung der materiellen Nervenvorgänge für unsere gesunden sowie für die kranken Seelenfunctionen doch dem einseitigen platten Materialismus feinsinnig aus dem Wege geht. Ebenso richtig als wichtig sind seine Ausführungen über den Einfluss peripherer Organstörungen sammt nervösen Annexen (namentlich der Circulations- und Unterleibsorgane) auf die Gesammtresultate unserer temporären Hirnleistung, wie sie sich als Erstes in den Aenderungen unserer Stimmung, unserer Handlungsdispositionen etc. kundgiebt. Verf. bekennt sich dadurch zum weittragenden psychologischen Standpunkt *Fechner*'s, den auch der Ref. theilt. Vielleicht hätte an dieser Stelle auch die klinische resp. pathogenetische Bedeutung der „Neuralgien" eine eingehendere Besprechung finden dürfen.

Das III. Capitel behandelt die allgemeine Symptomatologie. In knapper Kürze, aber doch erschöpfend, und stets vom Standpunkt der neuesten Errungenschaften aus, werden die psychischen und die physischen Elementarstörungen besprochen, Anomalien des Vorstellens, Fühlens und Wollens, Hallucinationen, Illusionen etc.; sodann die sensiblen, motorischen, psychomotorischen, visceralen etc. Störungen). Bei den Temperaturverhältnissen hat Ref. die Anführung der abnormen Temperatursenkungen vermisst, beim Puls die Erwähnung der sphygmographischen Ergebnisse. Im Uebrigen ist dieses Capitel besonders reichhaltig und belehrend.

Das Capitel IV ist der Aetiologie gewidmet, wobei Hr. *D.* mit Recht betont, dass in der Regel nicht eine der nachgewiesenen Schädlichkeiten allein in Wirksamkeit tritt, sondern fast immer deren mehrere, die sich untereinander verbinden; und ferner: dass man neben den äussern Ursachen auch stets die innere, individuelle (die körperliche wie die geistige) mit in Rechnung zu ziehen habe. Im Folgenden werden dann die allgemeinen und die speciellen Ursachen eingehend behandelt (Civilisation, Alter, Geschlecht, Stand etc.), sodann die Heredität, deren Besprechung einen besonders anziehenden, durch Gedrängtheit wie durch Reichhaltigkeit gleich ausgezeichneten Abschnitt bildet. Im Anschluss daran werden die Epilepsie,

Digitized by Google

die Hysterie und der Alcoholismus in ihrer ätiologisch belastenden Bedeutung gewürdigt. Dann folgen die moralischen und die physischen Ursachen, worunter Ref. namentlich die Würdigung der Kopfverletzungen und der sog. traumatischen Neurose (keine Krankheit sui generis!) hervorheben möchte.

Im V. Capitel wird der Verlauf der Psychosen besprochen, speciell der periodischen und cyclischen. Sehr bemerkenswerth sind die bei der letzteren Form aufgeführten Varietäten. Bezüglich der forensen Bedeutung des Intervalls betont Verf. mit Recht die Verhältnisse des Einzelfalls. — Im Abschnitt der im Verlauf des Irreseins gelegentlich auftretenden körperlichen Krankheiten (Pneumonie, Gangrän, Herz- und Unterleibsaffectionen) ist die Fülle des beobachteten Details besonders hervorzuheben; auch die praktisch therapeutischen Winke sind sehr beachtenswerth. (Bei Besprechung der Behandlung der intercurrenten Pneumonien hätte der Ref. auch der hydriatischen Behandlung, speciell den methodischen Einwickelungen der Brust, ein empfehlendes Wort gewünscht.)

Der nächstfolgende Abschnitt bringt eine gedrängte Uebersicht der anatomischen Befunde bei Geisteskranken, jeweils mit Angabe der Pathogenese, der feinern Strukturveränderungen, und, soweit möglich, auch der klinischen Symptome. Die Literatur ist hier wiederum besonders eingehend gewürdigt und verwerthet; nur bei den Circulationsveränderungen im Schädel hat Ref. die Erwähnung der wichtigen und grundlegenden Studien *Grashey's*, und bei der Symptomatologie des Hämatoms die von *Fürstner* und *Huguenin* besonders gewürdigten, eigenartigen, apoplectiformen Anfälle vermisst. Dagegen stimmt Ref. wiederum dem am Schluss des höchst reichhaltigen Corollariums ausgesprochenen Satz des Verf.'s: dass mit allen diesen anatomischen Befunden eine Erkenntniss des Psychose-Processes selbst noch nicht gegeben sei — voll und ganz bei.

Das Capitel VII — Behandlung — bespricht zuerst die Prophylaxe, und zwar zuerst die Erblichkeit. Ref. muss gestehen, dass er diesem Abschnitte, und speciell der Frage des Heirathens Seitens Disponirter, eine eingehendere Würdigung gegönnt hätte. Es ist für die Stellungnahme des Arztes von höchster Wichtigkeit, ob es sich bei seinem Clienten (oder Clientin) nur um eine einfache „erbliche Disposition", oder aber um „erbliche Degeneration" handelt. Dieser fundamentale Punkt hätte, nach Ansicht des Ref., in dieser praktisch so eminent wichtigen Frage nicht genug individualisirend behandelt werden können, sowie die sich anschliessende weitere Frage: nach welchen klinischen Gesichtspunkten einem bereits psychisch erkrankt gewesenen Heirathscandidaten die Ehe-Erlaubniss ärztlicherseits eingeräumt werden darf? — Im zweiten Abschnitt kommen die verschiedenen Curmethoden, speciell die gebräuchlichen Arzneimittel (Narcotica und Sedativa), die Bäder, Douchen, die sog. Revulsiva zur Einzelbesprechung. Die sorgfältige Abwägung der Anzeigen und Gegenanzeigen, auf Grund der reichen Erfahrung des Verf.'s, machen dieses Capitel zu

Digitized by Google

einem besonders interessanten, und bringen viel Neues, Geprüftes, Anregendes — mögen auch die Meinungen in Einzelheiten da und dort auseinandergehen. Eine Frage, deren Beantwortung den Ref. besonders interessiren würde: wie bewirkt Verf. die Fixirung anämischer Kranker in prolongirten warmen Bädern? — Im 3. Artikel kommen die speciellen Behandlungsgrundsätze bei Unreinlichkeit, Nahrungsverweigerung, sexuellen Reizungen etc. zur Sprache — überall in Form gereifter praktischer Erfahrungen. In der Anwendung des No-restraints bekennt sich Verf. nicht zu dessen Parteigänger à outrance oder à tout prix, wenn er gleich den Werth des *Conolly*'schen Princips gebührend hoch anschlägt. — Die Besprechung der psychischen Heilmethode bildet den Schluss des allgemeinen Theils, wobei die hohe Bedeutung der zeitweiligen Isolirung, der individualisirenden Beschäftigung, der Hand- und Feldarbeit etc. kurz, aber in erschöpfenden, durchweg praktisch bewährten Sätzen, denen Ref. vollinhaltlich beistimmt, gewürdigt wird.

In der Classification hält Hr. *Dagonet*, nach *Esquirol*'s Vorgang, den symptomatologischen Standpunkt fest. Die von ihm aufgestellte Eintheilung (p. 258 ff.) schliesst sich im Wesentlichen der von *Baillarger* und 1889 vom Congrès vorgeschlagenen an. Die Hauptgruppen sind: 1) eigentliche Psychosen: Manie, Melancholie, Stupidité, chronischer Wahnsinn, periodische Psychosen; 2) Degenerationszustände; 3) Folie morale et impulsive; 4) Secundärzustände; 5) allgemeine Paralyse; 6) Demenz; angeborene psychische Hemmungen (Idiotie, Cretinismus).

Im folgenden Capitel tritt Verf. auf die specielle Symptomatologie ein. Die einzelnen klinischen Zustandsformen werden des Einzelnen geschildert nach Auftreten, Verlauf, Ausgang, Behandlung. Ref. muss selbstverständlich sich versagen in das Detail einzugehen. Um so mehr darf er den Vorzug genauester empirischer Zeichnung hervorheben, der allen Schilderungen, den Typen sowohl als den Varianten, zukommt, sowie die erprobten Grundsätze, die in den bezüglichen therapeutischen Abschnitten niedergelegt sind. Der scharfe zuverlässige Beobachter vereinigt überall sich mit dem bewährten Praktiker. Und nicht minder zeigt sich der umsichtige Kliniker, wenn Verf. den häufigen Erkrankungen der Verdauungsorgane bei Melancholikern, und zwar als einer primären therapeutischen Indication, das Wort redet. Dagegen hätte wiederum Ref. die so wichtige und wirksame Opiumtherapie in liberalerem Stile, als nur in den kleinen wiederholten Dosen, empfohlen gewünscht. — Unter dem Capitel „Stupidité" ist etwas gar viel an klinischen Formen zusammengeschweisst, so dass darunter der Allgemeinbegriff fast zu zerspringen droht: da steht der hallucinatorische Stupor in Reih und Glied neben der organischen Dementia acuta, neben der Katatonie, und endlich neben der formenreichen Amentia! Gewiss liegt der vom Verfasser versuchten Vereinigung die richtige Beobachtung zu Grunde, dass zahlreiche symptomatologische Berührungspunkte zwischen den genannten Zustandsformen statt-

Digitized by Google

finden und wirkliche fliessende Uebergänge. Aber in ihren „Typen" haben diese klinischen Formen doch auch wieder markante Unterschiede, und, abgesehen vom Verlauf, schon als Zustandsbilder der differirenden Zeichen genug. Nach des Verf.'s Meinung hätte sich deshalb immerhin eine getrennte Schilderung empfohlen — so individualisirend auch Verf. (was Ref. bei diesem schwierigsten und bestumstrittenen Capitel der speciellen Pathologie besonders anerkennt) seine Einzelschilderungen zu gestalten weiss, und so sorgsam er jedem Detail gerecht zu werden sucht. So ist namentlich auch der Rath des Verf.'s zu einer möglichst individualisirenden Therapie gerade dieser vielfachen klinischen Mischformen ein ebenso richtiger als wichtiger.

Das V. Capitel behandelt die chronischen systematisirten Delirien, die Paranoia, den Wahnsinn. (Die acute Paranoia, deren Einzelformen unter die vorhergehenden Capitel der Melancholie, Manie, Stupidité eingereiht sind, findet hier keine aparte Beschreibung mehr.) Die chronische Paranoia wird in den 2 gewöhnlichen Artikeln des Verfolgungswahns und des Grössenwahns abgehandelt. Unter dem ersten ist dem „Type Lasègue", wie sichs gebührt, ein besonderer Abschnitt gewidmet; die Varietäten und combinirten Formen folgen nach. Der Grössenwahn wird unter den Specialformen der Monomanie ambitieuse, der Théomanie (religiöser Wahnsinn der Deutschen) und der Erotomanie besprochen. Die klinische Schilderung ist als in jeder Hinsicht zutreffend und erschöpfend zu bezeichnen.

Den Geistesstörungen auf Grund der Dégénérescence mentale ist das Capitel VI gewidmet. Die Caractères généraux (tares physiques), die im Abschnitt der Aetiologie übergangen waren, finden hier ihre geziemende Würdigung. Unter dem Abschnitt „Criminalité" nimmt Verf. auch gegen *Lombroso* Stellung, in dessen type criminel er nur den fou moral erkennt. Die Theorie der epileptischen Natur des criminel né wird entschieden zurückgewiesen, und dafür das „sociale Milieu" auf organisch-degenerativer Grundlage als die Brut- und Zuchtstätte des Verbrechers erkannt. Die dégénérescence selbst definirt Verf. als körperliche Missbildung und geistige Entwicklungshemmung bald nach Seite des Zusammenwirkens der psychischen Qualitäten, bald in der einzelnen Ausbildung der letztern. Mit Recht warnt er übrigens vor einer zu luxuriösen Ausdehnung und Anwendung des sogenannten klinischen Begriffs, dessen ätiologische Entstehung er theils in der angeborenen hereditären Anlage, theils in den erworbenen Folgezuständen von postfötalen Hirnkrankheiten, Kopftraumen, constitutionellen (hysterischen) und intoxicatorischen (Alkohol) Neurosen und Neuropsychosen erkennt. — Die folie des dégénérés selbst erscheint klinisch 1) als débilité mentale und morale, 2) als gewöhnliche (auch sonst vorkommende) Zustandsform, jedoch mit dem specifischen Charakter gewisser elementarer Symptomen-Artung, sowie einer besonderen Verlaufsform. Alles richtig, klar, empirisch begründet. Es folgt nun ein

Digitized by Google

allgemein-pathologischer Abriss der für die degenerirten charakteristischen intellectuellen und moralischen Anomalien, und anschliessend die specielle Klinik der einschlägigen Formen: der folie du doute et du toucher, der Agoraphobie, der Manie raisonnante, des Querulantenwahnsinns (persécutés-persécuteurs).

Der genauen Einzelbeschreibung der klinisch und forens besonders interessanten folie morale und folie impulsive, in ihrem typischen Vorkommen sowie in ihren Untergruppen, in ihren „reinen" Formen sowohl als in der Verbindung der ethischen mit intellectuellen Störungen — ist das VII. Capitel aufbewahrt. Eine grössere Anzahl von gesicherter Casuistik, die besonders für das Auftreten von impulsiven Zwangshandlungen bei intacter (ganz? Ref.) Intelligenz besonders wichtig erscheint, ist vom Verf. in dankenswerther Weise in den Text aufgenommen worden. Vom pathogenetischen Gesichtspunkte aus hätte Ref. hier wiederum den Hinweis auf die nicht so selten complicirenden „Neuralgien" gewünscht, deren „Aura" den Impuls auslöst (auch therapeutisch sehr wichtig!). Im Uebrigen bildet dieses Capitel der psychischen Degenerescenzformen die „belles pages" des speciellen Theils unseres Werks; Ref. wenigstens wüsste (von den bekannten Monographien und *Morel*'s grundlegenden Arbeiten abgesehen) keine Schilderung, in der in gleicher Weise das breite erschöpfende Detail sich mit kritischer Beschränkung, die eingehendste psychologische Analyse sich mit klinisch vertiefter Synthese vereinigte.

Im nächsten Abschnitt VIII sind die Seelenstörungen im Gefolge der grossen constitutionellen Neurosen, die Epilepsie, Hysterie, Chorea, abgehandelt, sowie das neurasthenische Irresein. Daran schliessen sich die toxischen Psychosen, unter denen namentlich der folie puerpérale eine sehr eingehende klinische Schilderung gewidmet ist; sodann die syphilitischen Psychosen (denen Verf., und mit Recht, die allgemeine Paralyse zwar zum grossen Theil, aber keineswegs ganz zurechnet); endlich das pellagröse Irresein, und die psychischen Störungen im Zusammenhang mit Blutvergiftung, mit gewissen Hautaffectionen, sowie mit dem Missbrauch der Narcotica, des Morphiums und Cocains. Therapeutisch räth er bei den letztern Affectionen die allmälige Abstinenz.

Dem Alcoholismus und den alkoholistischen Psychosen gehört das IX. Capitel an. Nach eingehender Schilderung der physiologischen Wirkungen des Giftes auf Sensibilität, Motilität, Sinnesthätigkeit etc. und deren pathologischen Correlaten: den sensorischen, motorischen, hallucinatorischen Störungen werden die einschlägigen Psychosen selbst abgehandelt: die acuten der pathologischen Trunkenheit und des Delirium tremens, und die chronischen, deren Einleitung die sorgfältigste Würdigung des Alcoholismus chronicus bildet. Verf. erkennt den chronischen Alkohol-Psychosen symptomatologisch keine Besonderheit zu, ausser die gelegentliche Mischung mit klinischen Zeichen oder auch vollständigen Episoden aus dem Alcoholismus chronicus. Dafür bieten die acuten

Digitized by Google

Störungen gewisse specifische Eigenschaften dar, die Verf. besonders namhaft macht. Er scheidet aus den alkoholistischen Paralysen die Manie congestive *Baillarger*'s aus, die unter dem Bilde der Paralyse verlaufen kann, nur mit schwächer ausgeprägten, event. selbst ganz fehlenden motorischen Störungen, und mit ungleich besserer Prognose als die gewöhnliche Paralyse. Diagnostisch werden hier zur Unterscheidung die „specifischen" Hallucinationen, sowie die Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen wichtig! Auch der alkoholistische Stupor bietet eine günstigere Prognose als der gewöhnliche (aus anderen Ursachen).

Das Capitel X bespricht die allgemeine Paralyse. Ref. hebt darin, neben der anziehenden und gründlichen klinischen Schilderung, namentlich den Abschnitt über „pathologische Anatomie" hervor, der einen vollständigen Abriss sowohl der Geschichte als des heutigen Standes unsers Wissens entwirft, letzteres kritisch sichtet, und auf Grund eigener Untersuchungen klar und lichtvoll aufstellt (Ref. möchte in dieser Leistung speciell die Hand von *Jules Dagonet* erkennen!). Mikroskopisch bekennt sich Verf. zu den Anschauungen *Tuczek*'s und *Zacher*'s: Der Nervenschwund und zwar der feinsten, erst am spätesten myelinhaltigen Corticalisfasern ist das Primäre im Krankheitsprocess; die Sklerosirung ist das Secundäre. Therapeutisch ist Verf. Gegner der Ableitungen auf die Kopfhaut (ob in allen Fällen?).

Von den folgenden Capiteln ist das XI. der Dementia, das XII. der Imbecillität und Idiotie, das XIII. dem Cretinismus gewidmet. Für sämmtliche Abschnitte treffen dieselben Vorzüge zu: eingehende symptomatologische Zeichnung, sorgsame Aetiologie, genaue pathologische Anatomie. Namentlich möchten die Anomalien des Schädelwachsthums, die Schilderung der Microcephalie, Hydrocephalie, Porencephalie (hier wäre in der Literatur *Kundrat*'s epochale Monographie noch aufzuführen gewesen!) besonders hervorzuheben sein. Die Darstellung des Cretinismus darf eine kurz gedrängte Monographie genannt werden. Die reichen eigenen Erfahrungen des Verf.'s, verbunden mit den eingehendsten Literaturstudien, machen diese Capitel gleich instructiv für den Theoretiker wie für den Praktiker.

Damit haben wir den III. Hauptabschnitt beschritten. Er ist der gerichtlichen Medicin und der Administration gewidmet, und lässt in seinem gründlichen Detail wohl die Unterstützung der beiden jüngern fleissigen Mitarbeiter erkennen. Beide wichtigen Disciplinen finden die eingehendste Würdigung, ohne übrigens in der Ausdehnung über den Plan der Anlage hinauszuwachsen: dort wird ein Corollarium der forensen Grundsätze geboten, hier das administrative Programm für den Betrieb einer Anstalt, für Bau und inneres Leben, entwickelt. Ueberall sind es geprüfte, durch wissenschaftliche Erwägung sowie durch Erfahrung gleich tief eindringende Anschauungen und Maximen, welche die Verfasser darbieten. Ref. gesteht, dass er dieselben mit Genuss und zur Belehrung

Digitized by Google

gelesen — vom Bauplan einer Anstalt bis hinab zu den Normen, welche die „Asclepiaden in der Küchenschürze“ aufstellen — und kann sich ihnen aus eigener Ueberzeugung in den wichtigsten Punkten nur anschliessen. Speciell der administrative Abschnitt dürfte ein vollständiges Vademecum für einen Anstaltsdirector bilden. Wenngleich zunächst die französischen Verhältnisse berücksichtigend, enthält er noch eine genügend reiche Fülle des allgemein Verwerthbaren für die Aufgabe des médecin administrateur überhaupt.

Und diese Signatur gilt für das ganze Buch *Dagonet*'s. Es ist nicht nur für die Collegen französischer Zunge geschrieben, sondern für Alle; es bildet eine hervorragende und wichtige Bereicherung der zeitgenössischen Psychiatrie. Dem Verf. und seinen beiden Mitarbeitern unsern aufrichtigen Glückwunsch! *Schüle.*

Havelock Ellis, Man and woman: a study of human secondary sexual characters. — London, 1894, Walter Scott, 409 Seiten, 6 s. — Besprochen von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg.

Verf., durch sein Buch: „the Criminal“, rühmlichst bekannt, hat es in dem vorliegenden Werke unternommen, anatomisch, physiologisch und psychologisch die Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern festzustellen. Wenn er hierbei auch nicht von eigenen Untersuchungen ausgeht, so hat er doch die bestehende Literatur auf das Beste benutzt, kritisch beleuchtet und namentlich englische und amerikanische Arbeiten reichlich herangezogen, die uns ja ferner liegen. Das Buch hat nicht nur für den Anthropologen und Sociologen hohen Werth, sondern vor Allem für den Mediciner, am meisten aber für den Psychiater und Neurologen. Man kann wohl kühn behaupten, dass vorliegendes Werk ein hochbedeutendes ist und werth erscheint, durch eine Uebersetzung einem grösseren Publikum bald zugänglich gemacht zu werden. Dabei ist es flott und geistreich geschrieben, die spärlichen Holzschnitte sind dagegen sehr rudimentär gezeichnet.

Die Quintessenz lässt sich dahin zusammenfassen, dass das Weib nicht ein „unentwickelter Mann“ ist, sondern dass sie in ihrer Art ebenso vollkommen ist, wie jener. Jedes Geschlecht besitzt unentwickelte Organe und Functionen, die in dem andern entwickelt erscheinen. Anthropologisch bietet das Kind die menschlichen Charaktere am meisten dar; ihm steht die Frau näher als der Mann, dessen Entwickelung zwar der Umgebung besser angepasst ist, als das Kind, aber bis zu einem gewissen Grade eine Degeneration und Senilität darstellt. Der höchste menschliche Typus, das Genie, nähert sich wieder dem kindlichen, und die Civilisation bringt den Mann wieder dem Weibe näher.

In Folgendem werde ich mich darauf beschränken, uns Psychiater

Digitized by Google

direct oder indirect Interessirendes aus dieser unerschöpflichen Fundgrube herauszuholen, und Jeder wird schon leicht daraus entnehmen können, wie überreich das Buch an wissenschaftlichem Gehalte ist, und wie sehr wir dem fleissigen und weitschauenden, geistvollen Verf. dafür dankbar sein müssen, dass er so unzählige und weit zerstreute Früchte sammelte und geschmackvoll ordnete. —

Bezüglich des Schädels sind 3 Characteristica hervorzuheben: 1) die Glabella und die Arcus superciliares sind beim Manne mehr hervortretend, als bei der Frau, 2) die Tubera parietalia und frontalia bei der Frau gewöhnlich ausgeprägter, und endlich sind alle Muskelansätze beim Manne deutlicher, wie auch die Knochen im Allgemeinen dicker und stärker. (Dies gilt aber gewiss nur sehr im Allgemeinen, da Irrthümer im concreten Falle öfter sich ereignen! Ref.) Bezüglich des Kopfindex herrscht keine Einigkeit unter den Gelehrten. Eine neuere Untersuchung in England ergab, dass die Männer bedeutend brachycephaler als die Frauen waren. Ungewöhnliche geistige Begabung scheint besonders gern damit angesellschaftet zu sein, und ein brachycephaler Kopf hat einen grössern Inhalt als ein dolichocephaler vom selben Umfange. (Das sollten sich besonders diejenigen merken, die geistige und gemüthliche hohe Entwickelung an die Dolichocephalie gebunden glauben! Ref.) Unter den Verbrechern, Geisteskranken, Entarteten überhaupt ist Dolichocephalie häufiger, ebenso unter den Wilden, dunkeln und prähistorischen Rassen. Die Entwickelung überhaupt von der Kindheit zum Alter, von der Uncultur zur Civilisation geht von der Dolicho- zur Brachycephalie. Frauen sind ferner im Ganzen (wenigstens in Europa) deutlich alveolar-prognath. Die Männer haben eine grössere Schädelcapacität, aber ihr Körpergewicht ist auch grösser, ebenso ihre geistige Arbeit. *Cleland* konnte keinen nennenswerthen Unterschied bez. der Frontalgegend bei Mann und Frau finden, *Manouvrier* fand sogar, dass diese und die Occipitalgegend grösser bei der Frau sei, während der „Parietaltypus" beim Manne herrsche.

Das europäische Gehirn ist beim Manne absolut viel schwerer, als bei der Frau (Differenz: 128—148,0). Sir *Critchon-Browne* fand Aehnliches bei Geisteskranken: das männliche Gehirn wog durchschnittlich 1351,0, das weibliche 1223,0; die Differenz ist etwas kleiner als bei Gesunden, wegen der grössern Schädigung beim Manne. Auch relativ zur Statur ist das männliche Gehirn schwerer, doch nur um 1 Unze herum; im Verhältnisse zum Körpergewicht aber ist kein Unterschied da oder sogar zu Gunsten der Frau. Man kann also sagen, dass im Allgemeinen die Frau relativ mehr Gehirn als der Mann hat. Grosse Gehirne sind von zweifelhaftem Werthe. Die Epileptiker haben solche. Grosse Denker haben wahrscheinlich meist grosse Gehirne, aber bei hervorragenden Männern der That scheint ebenso oft ein kleines Gehirn sich zu finden. Wie der übrige Körper so entwickelt sich das Gehirn der Frau schneller, hört aber auch eher zu wachsen auf, als beim Manne. Der Frontallappen bei der Frau ist

Digitized by Google

nicht kleiner, und *Cunningham* fand die Fissura Rolando bei ihr eher grösser als beim Manne. Dem Vorderlappen ist keine besondere hohe Function zuzuschreiben, um so weniger, als derselbe bei den Anthropoiden sehr entwickelt ist, relativ auch sehr beim Fötus und sehr bedeutend bei Idioten und Imbecillen. Die Parietalgegend scheint beim Manne zu dominiren, besonders bei Hochbegabten und damit die Neigung zur Brachycephalie. *Cunningham* fand den Occipitallappen grösser bei der Frau; das Kleinhirn ist hier auch relativ grösser, ebenso die Basalganglien. Durchschlagende Unterschiede am Gehirn von Mann und Frau giebt es aber nicht, und geistige Superiorität des einen Geschlechts über das andere kann nicht zugegeben werden.

Alle Sinne der Frau (mit Ausnahme vielleicht des Geschmacks) sind im Allgemeinen (wie es scheint) stumpfer als beim Manne, entgegen der Volksmeinung, die die grössere „Affectabilität" der Frau d. h. die Eigenschaft schneller und lebhafter auf einen Reiz zu reagiren mit der Sinnesschärfe verwechselt.

Die Tastempfindung zunächst ist wahrscheinlich bei den Frauen geringer, geringer noch bei Geisteskranken und bei Verbrecherinnen. Bildung und Uebung thun viel und die Resultate sind noch keine endgiltigen und die Untersuchungen sind enorm schwierige. Die Schmerzempfindlichkeit soll bei Männern grösser sein; das Alter und die Rasse spielen hierbei eine Rolle. Der Geruch ist schlechter bei der Frau, dagegen nach *Bailey* und *Nichols* der Geschmack besser bei der Frau (ausser für Salz). Bildung und Uebung thut hier sehr viel. Bezüglich des Gehörs besteht keine Uebereinstimmung. Die Sehschärfe scheint keine durchgreifenden Unterschiede aufzuweisen. Männer sind häufiger farbenblind (besonders Juden und Quäker), mehr in den untern als obern Schichten, selten bei Wilden, mehr bei Taubstummen, selten bei Imbecillen und Idioten. Bildung spielt hier wenig mit, wohl aber Erblichkeit. Farbenblindheit ist ein Defect ähnlich dem Albinismus. Das „farbige" Hören, Schmecken, Riechen, Fühlen etc. ist häufiger bei Frauen.

Die Muskelkraft, Schnelligkeit und Genauigkeit der Bewegungen sind bei Frauen geringer, und die Handgeschicklichkeit ebenso, wenigstens nach den meisten Autoren.

Intellectunterschiede sind bisher wenig exact untersucht worden. *Jastrow* fand, dass bei Studenten beiderlei Geschlechts die Frauen mehr concrete, die Männer mehr abstracte Gedanken hatten und mehr Worte wählten, die reimten oder alliterirten. Die Frauen zeigten besseres Gedächtniss. Knaben wissen mehr abstracte Dinge, weniger praktische als Mädchen, beim Eintritt in die Schule. Die Reactionszeit hängt sehr mit der Bildung zusammen; sehr gering ist sie bei Geisteskranken, besonders bei Idioten. Im Allgemeinen lesen Frauen schneller als Männer, doch manche ausgezeichnete Männer lesen sehr langsam. In der Jugend liest man schneller, als später. Die Frau durchdenkt weniger eine Sache, irrt

Digitized by Google

daher leichter. Nach *Buckle* begreifen die Frauen der niederen Schichten schneller als die Männer; kleine Mädchen sprechen besser als Knaben. Selten stottern die Frauen. Der Intellect entwickelt sich anscheinend schneller bei den Mädchen. Nach *Riccardi* werden die Knaben erst mit 16 Jahren gescheiter als die Mädchen. In Industrie und Geschäften scheinen die Frauen fleissiger, aber weniger intelligent zu sein (ebenso im Postfache); sobald die Arbeit aber drängt, lassen sie nach. Die Frauen werden selten selbständig in ihrem Urtheil, daher haben sie relativ wenig Bedeutendes in der Wissenschaft geleistet, waren nur selten Religionsstifter, dagegen überall und zu allen Zeiten ausgezeichnete Politiker. Artistischer Sinn ist geringer bei ihnen, ausser für das Schauspiel.

Einwirkung der Gifte. Nach *Trousseau* und *Pidoux* wirkt das Opium bei Frauen mehr auf die Haut, bei Männern mehr auf die Nieren (Erbrechen darnach viel häufiger bei Frauen) und Quecksilber erzeugt leichter Speichelfluss bei Frauen. Männer vertragen besser Antimon *(de Savignac)*, besser Sulfonal. Antipyrin wirkt schneller bei Frauen *(Germain Sée)* und ebenso Brom. Sie vertragen besser das Chloroform, dagegen erliegen sie (nach *Oliver*) leichter der Bleivergiftung. Sie erkranken darnach sehr schnell, zunächst an Cachexia. Delirium tremens findet sich fast nur bei Männern, dagegen ist alkoholische Muskelparalyse häufiger bei Frauen.

Einfluss der Menstruation. Der Monatsfluss bedeutet nur den Höhepunkt einer physiologischen monatlichen Curve im gesammten physischen und psychischen Organismus. Die grösste Excitabilität aller Functionen tritt kurz vor Eintreten der Menses auf; so steigt Puls, Temperatur, Arterienspannung, Geschlechtstrieb etc. Während des Flusses tritt überall Depression ein, auch Gesichtsfeldeinengung; eine grössere Reizbarkeit, Suggestibilität, Launen; oft Migräne, epileptische Anfälle, Erotomanie, Dipso-Kleptomanie, ebenso Irrsinn knüpfen gern hier an. Verbrechen durch Gewalt treten meist während der Menses ein, ebenso sehr oft Selbstmord. Der „Zuchthausknall" in Gefängnissen ereignet sich gern zu dieser Zeit. (Ref. konnte letzteres aber nur einige Male constatiren.) Bei Geisteskranken wird das Leiden während der Menses schlimmer. (Dies mag wohl für viele, vielleicht die meisten Fälle von acuten Psychosen gelten, für die chronischen aber im Allgemeinen nicht, wie Ref. demnächst ausführlich beweisen wird.)

Hypnotische Phänomene. Darunter versteht Verf. alle Zustände, wo die höhern geistigen Centren schwächer in Kraft treten, die niedern dagegen verstärkt. Schlafwandeln ist in leichtem Grade, und zeitweilig, nicht so selten, besonders bei Kindern, scheinbar öfter bei Frauen. Frauen sind leichter zu hypnotisiren und dadurch zu heilen. (Der als Autorität angezogne *Bérillon* ist als Phantast durchaus nicht maassgebend. Ref.) Exstase, Verzückung, Katalepsie sind häufiger bei Frauen, ebenso Träume. Hallucinationen bei Gesunden kommen gelegentlich vor, bei Genieen [illegible]

Digitized by Google

besondere oder nach geistiger Uebermüdung oder als Art „embryonaler hypnotischer Suggestion“ im gewöhnlichen Leben und diese sind nach *Jung* häufiger bei Frauen, Kindern und Ungebildeten. In der Narkose haben Frauen häufiger erotische Hallucinationen, träumen mehr und zeigen lebhaftere Muskelbewegungen, brechen öfter und zeigen häufiger Flatus und unwillkürlichen Harnabgang. „Meteorologische Sensibilität“ ist nach *Beaunis* häufiger bei Frauen, besonders den nervösen, und Kindern. Nach Verf. sind Neurasthenie und Hysterie wahrscheinlich die typischen Nervenleiden der Frau. Erstere schon von *Hippocrates* gekannt, zeigt als Hauptzeichen: Hyperästhesie der Sinnesnerven und Muskelschwäche. Hysterie ist nach *Charcot* in der Hauptsache ein psychisches Leiden und ihr Hauptcharakter ist: Suggestibilität. *Féré* nennt die Hysterica den „Frosch der Psychologie“. *Bodenstein* in Deutschland fand (in zwei Berliner Polikliniken) hysterische Männer zu Frauen wie 1:10, *Pitres* in Bordeaux, ebenso *Gilles de la Tourette* (bei *Charcot*) fanden aber 1:2, doch geben Hospitalberichte kein richtiges Bild, da hysterische Männer besonders in den untern Klassen sind, hysterische Frauen in den obern und die Hysterie bei Männern viel schwerer auftritt. Hypnotische Phänomene verschiedener Art zeigen sich auch im Sectenwesen, wie schon die Geschichte der „Tänzer“ des 14. Jahrhunderts, der Camisarden (17. Jahrhundert) etc. beweist, und wie es heute noch in Russland florirt (Secten der „Christen“, der „Skopzen“) oder in kaukasischen Ländern.

Die Affectabilität oder Emotionsfähigkeit der Frau ist grösser, d. h. die Frauen reagiren auf körperliche und psychische Reize schneller als die Männer. Alle Affecte sind von körperlichen Aenderungen begleitet, besonders der Blut- und Muskelbewegungen, und letztere bilden höchstwahrscheinlich die „Emotion“, und ohne sie giebt es keine. Daher kann man sagen: ohne Muskel keine Emotion. Sogar in Abwesenheit der Hirnhemisphäre lassen sich alle körperlichen Symptome der Emotion erzeugen. (Nach Ref. kann aber von Affect doch nur die Rede sein, wenn derselbe ins Bewusstsein tritt, so dass der Nachdruck auf letzteres zu legen ist.) Dass die Gemüthsbewegungen auf Beeinflussung der Vasomotoren beruhen, wird immer mehr und mehr anerkannt, und diese sind bei Frauen reizbarer, wie auch die Herzaction. Bei ihnen besteht grössere Neigung zu erröthen, zu weinen, zu lachen, zu schneller Mimik, ebenso reagirt ihre Pupille und die Blase — nach *Mosso* und *Pellacani* ein viel feinerer Aesthesiometer als die Iris! — viel schneller auf alle möglichen Reize. Furcht ist verbreiteter bei Frauen und erzeugt häufiger nervöse Leiden als bei Männern, z. B. Epilepsie, Chorea. Wegen grösserer Suggestibilität ist die folie à deux häufiger bei Frauen, dagegen Nostalgie seltener. Reizbarkeit ist häufiger bei Frauen, daher mehr Schreien in den Irrenanstalten, mehr Zerstörungssucht, mehr Schimpfen. (Gerade diese Umstände neben der geringern Mannigfaltigkeit der Formen, macht den Verkehr mit geisteskranken Frauen weniger angenehm und interessant als mit Männern. Ref.)

Digitized by Google

Die Frau ist mehr Reflex, handelt schneller, leidenschaftlicher, erlahmt aber auch schneller. Diese „neuromusculäre Excitabilität" dient der Frau aber vielfach zum Schutz und ist z. Th. im wasserreicheren Blute begründet. Die Frau arbeitet weniger gleichmässig, als vielmehr „sprungweis". Die Emotionalität ist aber in den einzelnen socialen Schichten sehr verschieden und gewiss erziehbar; die Frau (ebenso der Mann) von heute ist weniger reizbar als in früherer Zeit.

Selbstmord ist nicht immer auf abnorme Psyche zurückzuführen, wenn auch meist. Viele Factoren beeinflussen die Häufigkeit desselben. In Europa ist er 3—4 mal seltener bei Frauen als bei Männern, am häufigsten in Spanien, Ungarn und Schottland und tritt überall scheinbar eher auf, besonders häufig zur Pubertätszeit. Mit Recht bemerkt Verf., dass die statistischen Angaben der officiellen Statistiken wenig Werth haben. Ueberall in Europa hängen sich die Männer lieber auf, die Frauen ertränken sich; dies sogar bei Kindern; im Ganzen ziehen Männer mehr active Selbstmordmethoden vor, Frauen mehr passive. Die Methoden wechseln übrigens mit den Zeiten. Im Ganzen nimmt jetzt bei den Frauen die Neigung zum Selbstmorde ab.

Wahnsinn. *Aretaeus* und *Caelius Aurelianus* nahmen schon an, dass Männer mehr psychisch erkranken als Frauen. *Esquirol* bewies das Gegentheil, *Parchappe*, der hierzu nur die Aufnahmezahl in Anstalten herangezogen wissen wollte, fand, dass mit Ausnahme von Bicêtre und Salpétrière mehr Männer als Frauen aufgenommen wurden. *Thurnam* fand, dass die Frauen eher genasen, weniger starben und dass von 24 Anstalten (unter 32) in England mehr Männer als Frauen aufgenommen worden waren. *Jarwis* (1850) kam zum selben Resultate. In Europa (mit Ausnahme von Deutschland, Dänemark, Norwegen, Russland und neuerdings Italien) während des ganzen Jahrhunderts, finden sich aber mehr Frauen als Männer geisteskrank. Seit einigen Jahren war in England nicht nur die Zahl der geisteskranken Frauen in den Anstalten grösser als die der Männer, sondern auch ihre Aufnahmezahl, während es in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts mehr geisteskranke Männer gab. In England hat sicher der Irrsinn der Frauen zugenommen, nicht nur unter den Armen. (Die von vielen Seiten präsumirte Zunahme der Psychosen überhaupt scheint dem Ref. noch lange nicht genügend wissenschaftlich bewiesen zu sein, auch des Verf.'s Ausführungen sind ungenügend.) Unter 136478 geisteskranken Männern und Frauen in den Jahren 1878—87 in Anstalten von England und Wales fand sich Erblichkeit bei Männern in 19 pCt., bei Frauen in 22,1 pCt., Venerie als Ursache bei Männern in 0,08 pCt., bei Frauen in 0,2. (Diese Zahlen sind sicher viel zu niedrig, und Verf. kommt auf die Wichtigkeit der Lues kaum zu sprechen!) Bei Männern wirken die Ursachen mehr auf's Gehirn, hier giebt es mehr intellectuelle und sinnliche Excesse, bei Frauen giebt es mehr moralische und gemüthliche Ursachen. (Wenn die Statistiken für England 1889 bei Männern 46,1 pCt., bei Frauen 52,1 pCt.

Digitized by Google

Manien und 21,4 pCt. bei Männern, 28,6 pCt. bei Frauen Melancholien ergeben, so ist ein Zweifel der Diagnose wohl gerechtfertigt, da sicher ein grosser Procentsatz zur Paranoia zu zählen ist und für „other forms of insanity", welche Paranoia und wahrscheinlich auch Paralyse einschliessen, nur 7,9 pCt. bei Männern und 3,4 pCt. bei Frauen notirt sind! Ref.) Manie scheint überall bei Frauen häufiger als beim Manne zu sein, noch häufiger aber Melancholie. Die „acute deliriöse Manie" (wohl gleich der hallucinatorischen Verwirrtheit. Ref.) ist bei den Frauen häufiger (entgegen den Angaben *Mendel*'s. Ref.). Melancholie ist eine Erkrankung der Erwachsenen und Civilisirten. Nach *Clouston* sind unter den Gebildeten mehr Melancholien, ebenso mehr „Monomanien" (= Paranoia), mehr folie du doute, mehr folie circulaire. Alle diese Formen sind häufiger bei Frauen als bei Männern. (Auch diese Behauptungen sind nicht ohne Weiteres zuzugeben. Ref.) Dagegen sind die ernsteren und unheilbareren Formen, die besonders Arme treffen, häufiger bei Männern. (Gehören nicht aber die obengenannten Leiden schon zu den sehr ernsten? Ref.) Alkoholisches Irresein und die Paralyse nehmen jetzt bei Frauen sehr rapid zu, und Trunksucht ist zum grossen Theil schuld an der Zunahme der Recidivität unter Verbrecherinnen verschiedener Länder. (Bei uns dürfte Alkohol als Ursache zu Psychose bei Frauen in den Anstalten doch relativ selten sein. Ref.) Die Paralyse nimmt unter den Frauen rapid zu, besonders in den Mittelklassen. In Deutschland war es früher 1 Frau zu 5 Männer, jetzt = 1:3. Verf. kommt zum Schluss, dass im Ganzen Männer mehr zu Irrsinn neigen als Frauen.

Verbrechen. Das Studium desselben bez. sexueller Unterschiede ist sehr complicirt und trügerisch, noch mehr als beim Irresein und Selbstmord. Sehr oft gilt bei Verbrechen das Wort: où est la femme. Wohl ziemlich sicher ist aber die verbrecherische Neigung geringer bei der Frau, aus verschiedenen Gründen. Eher wird sie Dirne als Verbrecherin. Mit Recht betont Verf. den socialen Factor beim Verbrecher. Schottland hat die meisten Verbrecherinnen, aus socialen Gründen.

Die Tendenz zu Variationen, körperlichen und geistigen, ist beim Manne ausgeprägter, wie auch schon bei Thieren. Monstra sind häufiger männlich, überhaupt alle abnormen Variationen mehr bei Männern, besonders Entwicklungsfehler, auch überzählige Glieder etc., ebenso die Transpositio viscerum, Taubstummheit, Idiotie, Cretinismus, ebenso Neigung zu Verbrechen, Irrsinn, Selbstmord. Desgleichen Moral insanity und die „Mattoiden", die sexuellen Perversitäten und das Genie, „die interessante und wichtigste psychische Abnormität". (Das Genie können wir nicht als psychische Abnormität erachten. Auch ist die Zahl der „Degenerationszeichen" bei den Frauen der verschiedenen Kategorien durchaus nicht so sehr von der bei den Männern verschieden, wie ich wohl zuerst nachwies. Ref.) Frauen zeigen sich überall conservativer als die Männer.

Die grössere Sterblichkeit bei Männern ist besonders in der frühesten und spätesten Zeit sehr klar gegeben. Todtgeboren sind besonders

Digitized by Google

Knaben (wegen relativ zu engen Beckens der Mutter). Infectionskrankheiten befallen Frauen leichter, sind aber im Allgemeinen weniger gefährlich; dasselbe gilt von nervösen und Gehirnleiden. Frauen haben weniger Alterszeichen und sind langlebiger.

Prof. Dr. *H. Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studirende. Mit 220 Abbildungen. — Berlin 1894, Verlag von S. Karger. 862 S.

Wir leben in einer Zeit der Lehrbücher; auf allen Gebieten der Medicin und nicht zum wenigsten auf dem der Psychiatrie erscheinen beständig neue und zwar lesenswerthe und gute. Die Neurologie, die als einer der jüngsten Specialzweige darin zurückgeblieben war, scheint jetzt der älteren psychiatrischen Schwester nacheifern zu wollen. Bei solcher Gelegenheit tritt der Reichthum an Wissenswerthem, der in verhältnissmässig kurzer Zeit angehäuft ist, besonders deutlich vor unser Auge. Der stattliche Band von 862 Seiten, mit dem *Oppenheim* uns beschenkt hat, enthält nirgends etwas Ueberflüssiges, er beschränkt sich fast überall auf Thatsächliches und führt erklärende Theorien nur dann in möglichster Kürze an, wenn sie wirklich das Verständniss erleichtern. Die Darstellung ist knapp und gedrängt, die Sprache aber durchaus klar und verständlich. Erfreulich ist, dass die allgemeinen Neurosen Hysterie und Neurasthenie nicht zu kurz gekommen sind, und dass namentlich die erste eine ihrer Bedeutung und Verbreitung angemessene Würdigung gefunden hat. Dass auch die allgemeine Paralyse in diesem wie in früheren Lehrbüchern der Neurologie Aufnahme gefunden hat, ist gewiss gerechtfertigt. Aber nicht nur hier und bei den allgemeinen Neurosen, überall zeigt auch dieses Lehrbuch, wie innig mit einander durchflochten Psychiatrie und Neurologie sind, und wie ein rechtes Verständniss für die eine nicht ohne die andere gewonnen werden kann. Das für Jeden lehrreiche Buch kann auch den Lesern dieser Zeitschrift nur empfohlen werden.

Die Ausstattung ist eine gute, die Abbildungen, theils eigene, theils anderen Büchern entlehnt, sind gut gewählt und so ausgeführt, dass sie ihren Zweck wirklich erfüllen. *Hans L.*

***Féré*, La famille névropathique. — Paris, Alcan, 1894. pag. 334. — Besprochen von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg.**

Der berühmte Pariser Psychiater bietet hier eine ausgezeichnete Zusammenstellung alles dessen, was bisher über Erblichkeit auf neurotischem Gebiete bekannt wurde. Er versteht unter: famille névropathique nicht nur die Psychosen und Nervenkrankheiten, sondern auch verschiedene andere somatische Leiden, wie Phthise, Gicht, Diabetes etc., die zusammen quasi

Digitized by Google

eine Familie bilden, sich gegenseitig in der Descendenz ersetzen können und ähnliche morphologische Zeichen: die Degenerationszeichen besitzen. Keiner war wohl so geeignet für diese schwierige Aufgabe, als gerade *Féré*, der auf diesem Gebiete unzählige Arbeiten schon geliefert hat und sich von Hypothesen möglichst fern hält. Die französische Literatur ist wohl erschöpfend benutzt worden, weniger die englische und am schlechtesten ist offenbar leider die deutsche weggekommen.

Aus dem überreichen Stoffe sei nur Folgendes herausgehoben, schon um zu weitern Studien in dieser Sache anzuregen, Studien die dem Ref. bio- und psychologisch für die Psychiatrie und Neurologie wichtiger erscheinen, als so manche minutiöse mikroskopische Detailfrage.

Verf. acceptirt mehr weniger die *Weissmann*'sche Erblichkeitstheorie, die mit den Beobachtungen am besten stimmt. Zufällige Erwerbungen, wie Verstümmelungen, Berufsstigmata sind nicht erblich. (Ref. möchte noch bemerken, dass wohl kein einziger der von andrer Seite dagegen vorgebrachten sog. Beweise stichhaltig ist!) Angenommen wird die *Darwin*'sche Eintheilung in directe, atavistische und homochrone Erblichkeit. Sehr oft, sogar meist handelt es sich aber um unähnliche, indirecte Erblichkeit, letztere besonders bei den Psychosen und Neurosen. Die verschiedenen Gelegenheitsursachen können nur auf einen (meistens erblich) prädisponirten Boden wirken. Trunksucht ist nur ein Anzeichen eines pathologischen Gehirnzustandes: „pour devenir alcoolique, il faut être alcoolisable" (Ref. möchte dies nicht für alle Fälle zugeben). Ebenso sind es allerlei Excesse, in Venere, im Arbeiten, die Leidenschaften, die Spermatorrhoe. Blutsverwandtschaft ist nur bei hereditärer Belastung gefährlich, doch scheinen gerade Solche sich zu suchen, wie auch die Verbrecher. Zu trennen davon sind die congenitalen Störungen, so häufig nach schweren Geburten. Die grosse Erblichkeit der Psychosen wird allseitig anerkannt, doch findet sie nur selten in derselben Form statt. In den von Anfang an chronischen Formen ist die erbliche Belastung eine grössere. Die Gruppe der sogen. „folies héréditaires" *(Morel)* ist eine gut gezeichnete (Ref. möchte dies nur mit Beschränkung zugeben). Wie frühzeitiges Senium nur Schwäche bedeutet, so ist die Dementia der Greise nicht physiologisch; sie ist öfter erblich. Die allgemeine Paralyse wird durch Syphilis nur dann hervorgerufen, wenn schon Prädisposition da ist, und die Prädisposition ist hier die Hauptsache. Ebenso verhält es sich mit der Paralyse nach Blei, Alkohol.

Verwandt mit dem Irresein sind vielfach Laster und Verbrechen. Die meisten Verbrecher sind moralich schwachsinnig [Ref. glaubt aber mit andern, dass es nur relativ wenige sind, dass es sich meist um (secundär) Depravirte handelt]. Oft werden sie geisteskrank, epileptisch, ohne Schuld des Gefängnisses. Mit Atavismus hat das Verbrechen so gut wie nichts zu schaffen; es sind meist Degenerirte. Das Genie hat grosse Verwandtschaft mit Irrsein und Nervenleiden, und *Moreau de Tours* sagt geradezu:

Digitized by Google

le génie est une névrose. (Auch dies ist nicht ohne Weiteres zu unterschreiben. So manche der üblichen Beispiele sind bei scharfer Kritik wohl nicht stichhaltig, und wirklich Geisteskranke können schwerlich Genien sein. Leichtere gemüthliche und intellectuelle Abweichungen dürften sich aber vielleicht ebenso oft bei sogen. „Normalen" finden, da eine wirkliche Harmonie aller Functionen wohl nur eine Utopie ist. Ref.)

Eingehend werden sodann die Wechselbeziehungen der einzelnen Neurosen und Nervenkrankheiten zu einander und zu den Psychosen besprochen. Eigenthümlich sind die Erblichkeitsverhältnisse der Epilepsie. Die „migraine ophthalmique" ist nur eine Art partieller Epilepsie; dergleichen sind die Eclampsie der Kinder, der Spasmus glottidis, der Spasmus nutans nur modificirte Formen der Epilepsie, daher häufig bei Kindern von Epileptikern. Alle sonstigen Eclampsien (nach dem Wochenbett, Scharlach etc.) können nur bei Disponirten auftreten. Epilepsie kann neben Hysterie zugleich bestehen, und jedes kann die charakteristischen Anfälle getrennt liefern. Die sogenannte hysterische Psychose zeigt nichts Charakteristisches und ist nur aufgepfropft. Nirgends ist der erbliche Einfluss so gross, wie bei der Hysterie, es giebt aber nur eine Hysterie, durch die verschiedensten Anlässe hervorgerufen. Häufig ist sie bei M. Basedowii, ziemlich oft bei der Chorea. *Charcot* hält die chronische Chorea nur für eine Variation der gewöhnlichen. Auch die Chorea entsteht durch Rheumatismen, Herzkrankheiten etc. nur bei Prädisponirten. Die Personen mit Tics (les tiqueurs) sind meist schon nervös belastet, oft besteht dabei Psychose (und umgekehrt) und die Motive der Bewegungen nähern sich meist den Zwangsideen, den Impulsionen. Den Tic douloureux nennt *Trousseau* eine „névralgie épileptiforme". Die Neurasthenie, die sicher auch erworben werden kann, ist in ihren schweren Formen meist nur bei hereditär Belasteten. Sie bildet den vorzüglichsten Boden für alle möglichen Nervenleiden etc. und zeigt enge Verwandschaft mit der Gicht, Fettsucht, Diabetes. Bei den organischen Nervenleiden muss man wohl die Prädisposition in einer congenitalen oder sehr früh erworbenen Schwäche des betreffenden Systems suchen. Die Psychosen bei Tabes sind nicht davon abhängig, zeigen auch nichts Besonderes, sondern sind nur damit combinirt. Bei Tabes spielt die Disposition die Hauptsache; Syphilis etc. sind nur determinirende Ursachen. Auch bei der Kinderlähmung ist Disposition das Wesentliche, ein Gleiches gilt von den toxischen und Infectionskrankheiten des Nervensystems, wie überhaupt wahrscheinlich von allen organischen Leiden.

Die Constitutionskrankheiten theilen sich ein in lymphatische (Scrophulose, Lungenschwindsucht, Lupus, der kalte Abscess, Tumor albus) und arthritische (Gelenkrheumatismus, Gicht, Harngries, Diabetes etc.). Diese haben nun unter einander und mit den Nervenleiden etc. grosse Verwandtschaft in der Heredität. Idioten, Schwachsinnige nnd Epileptische sind oft scrophulös, Hysterische und Geisteskranke oft phthisisch, Rhachi-

Digitized by Google

tismus ist ziemlich oft bei Neuropathien, besonders oft aber Gicht, seltener schon Rheumatismus. Letzterer ist sehr oft dagegen bei Epilepsie, Chorea. Er vermag die schlummernde Disposition zu Krämpfen, Psychosen zu wecken, so besonders bei Herzleiden. Besonders jedoch sind bei Gicht Nervenstörungen häufig und zwar vor, während oder nach dem Anfalle, in der Zwischenzeit oder statt des Anfalls (als Metastase, zurückgetretene Gicht); Kopfweh, Delirien, Wahnsinn, Asthma, Hysterie, Schwindel, Migräne, Gastralgie etc. bilden oft die Vorläufer. Unter den Psychosen bei Gicht ist die Hypochondrie am häufigsten oder eine Art von intellectuellem Torpor. Sehr häufig sind ferner Neuralgien, besonders Migräne, auch Gastralgien, Wadenkrämpfe. Wie mit Gicht können sich auch bei Diabetes in derselben Person oder deren Familie viele Nervenleiden etc. vorfinden. So bei Diabetischen die Hemiplegien, noch öfter aber die Monoplegien, Anästhesien, Nachlassen der Libido sexualis, Augenmuskellähmungen, Amblyopien, Asthma, Tabes, Gedächtniss-, Intellectschwäche, Hallucinationen etc., während die wahren Psychosen wahrscheinlich nur Combinationen sind. (Dieser ganzen Lehre der Verwandtschaft von Gicht, Schwindsucht etc., soviel sie für sich haben mag, stehen wir in Deutschland im Ganzen skeptisch gegenüber. Jedenfalls ist aber gerade dies Kapitel weiterer Untersuchung durchaus benöthigt. Ref.)

Der grosse Abschnitt über die teratologische Erblichkeit behandelt eingehend den Zusammenhang der Nerven- und Ernährungsstörungen mit morphologischen Abnormitäten in derselben Familie. Diese Abweichungen treten secundär auf, oder erblich oder werden von andern abgelöst, genau so wie die schon besprochenen Krankheiten. So können die Hasenscharte, starke Asymmetrie des Gesichts, Cataract etc. direct sich vererben, ebenso die Hernien oder vielmehr die congenitale Laxheit der Oeffnungen, die Spina bifida, die Wirbelkrümmungen, Fingerabweichungen, Klumpfuss, Fettsucht etc. Dass es sich hierbei sehr oft nur um Entwickelungsstörungen handelt, ersieht man aus der Vereinigung mehrerer solcher an derselben Person, z. B. Hasenscharte und Infantilismus, Polydactylie mit Colobom der Iris, Hernien mit Abweichungen des Genitalapparats etc. Häufiger treten sie an Organen auf, die sich gleichzeitig entwickeln. Aehnlich als Entwickelungsstörungen sind auch gewisse physiologische Fehler anzusehen, die mit jenen übrigens gern sich combiniren, wie z. B. Taubstummheit, Daltonismus, Stottern etc. Personen mit Nervenleiden zeigen am häufigsten morphologische Störungen und zwar, je schwerer das Leiden, um so mehr und um so grössere (wie z. B. bei Idioten, Taubstummen, weniger bei gewöhnlichen Geisteskranken). In der ganzen Degenerationsgruppe, wozu auch, wie wir schon sahen, Phthise, Gicht, Rheumatismus, Diabetes gehören, sind die Stigmata häufig. Von äussern Abweichungen kann man sehr wohl auf innere schliessen, speciell auf solche des Nervensystems. Von 52 Hysterischen (beider Geschlechter) mit nur Störungen auf einer Seite, fand Verf. bei 37 mit alleiniger oder doch

Digitized by Google

vorwiegender Betheiligung dieser Seite an morphologischen Stigmen, was der beste Beweis dafür ist, dass dies Leiden keine Krankheit „sans substratum physique primitif" ist. Von functionellen Leiden sollte man überhaupt nie sprechen, sondern nur von solchen, deren anatomische Basis bisher unbekannt blieb.

Wegen immer mehr zunehmender embryologischer Schwäche tritt meist eine Unähnlichkeit in den teratologischen und pathologischen Familien auf, bis endlich Unfruchtbarkeit eintritt, und die erblich Entarteten unterscheiden sich in nichts von den durch Ernährungsstörungen so Gewordenen, da die Ersteren im Allgemeinen auf Störungen der Embryogenese beruhen, die schliesslich auch nur Ernährungsstörungen darstellen. Eine Rasse bildet sich nur durch Fixation bestimmter, vererbbarer Charaktere. Sobald dies nicht mehr eintritt, und damit eine Adaptionsänderung dem milieu gegenüber vor sich geht, so sagt man, dass die Rasse entartet. Entartung heisst also der Verlust der Rassencharaktere, durch welche die Lebensfähigkeit in dem gegebenen milieu abnehmen muss, bis zur Sterilität. Die Entartung ist die Auflösung der Vererbung, mag letztere angeboren oder erworben sein. Die Entartungszeichen sind meist teratologische Abweichungen. Specifische Typen der Entartung aber, je nach den Ursachen, giebt es nicht, daher z. B. auch keinen Verbrechertypus.

Die Entartungszeichen gehören der Rasse nicht an und sind streng von zufälligen Geschehnissen (z. B. congenitale Amputationen) und pathologischen Missbildungen durch intrauterine Leiden zu trennen; sie knüpfen alle an eine gestörte embryologische Entwickelung an. — Verf. geht hierauf kursorisch, durch Phototypien unterstützt, die einzelnen Stigmata durch. Dies interessante und wichtige Capitel kann hier nicht näher berührt werden. Als noch relativ wenig bekannt mögen hier nur die „Rinnenbrust", der Masculinismus, der Feminismus, die eigenthümlichen Verkürzungen der Finger, besonders am 4. und 5., hervorgehoben werden. Die „functionellen" Stigmen werden nur gestreift. Zum Schlusse wird mit Recht noch hervorgehoben, dass die Erblichkeit pathologischer Charaktere nicht unabwendbar ist, und dass günstige Kreuzungen, ein günstiges milieu eine Auffrischung, eine Besserung der Entartung erhoffen lassen. Gerade die experimentale Teratogenie lässt die Entwickelungshemmungen als Ernährungsstörungen erkennen, und hier lässt sich daher einsetzen.

Brosius, C. M., Die Verkennung des Irrseins. 2. Aufl. — Lpz. 1894. 131 S.

Wenn in einer Zeit, wo über Psychosen hauptsächlich in der Laienwelt, doch aber auch unter manchen Aerzten, Vorurtheile und Unkenntniss vorhanden sind und die Fortschritte dieser Disciplin verlangsamen, dennoch ein

Digitized by Google

Buch wie das vorliegende in 2. Auflage erscheinen kann, dann ist es tröstlich, dass noch eine so grosse Gemeinde vorhanden ist, welche sich über ein derartiges Gebiet zu belehren das Bedürfniss hat.

Diesem Zwecke kommt das Buch trefflich nach. Der erfahrene Verf. hat in seiner bekannten klaren und anregenden Weise auf Alles aufmerksam gemacht, was der Titel verspricht. Ueberzeugende Fälle unterstützen seine Erörterungen. Die Erkennung des Beginnes der Geistestörung, wovon wiederum die Genesung wesentlich abhängt, wird ja dazu beitragen, ihre Häufigkeit zu vermeiden und den jetzt so oft auftauchenden Angriffen gegen die Aerzte den Boden zu entziehen. Darum rechtfertigt es sich, der Schrift zur Verbreitung unter den Gebildeten zu verhelfen, und es ist zu wünschen, dass der gegenwärtigen Auflage bald eine neue folge. In einer solchen dürften die Krankheitsgeschichten, mit kleineren Lettern gedruckt, den Ueberblick erleichtern. *L.*

Löwenfeld, **Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. — Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1894.**

Das Werk giebt einen zusammenfassenden Ueberblick über die beiden wichtigsten functionellen Krankheiten des Nervensystems und entspricht bei der grossen Bedeutung, welche die Kenntniss derselben heute für den praktischen Arzt hat, einem wirklichen literarischen Bedürfnisse. Neurasthenie und Hysterie werden als die eigentlichen nervösen Erschöpfungszustände κατ' ἐξοχήν bezeichnet mit demselben Grundcharakter und auf demselben Boden der einfachen Nervosität entstehend, in ihrem Wesen verwandt und nicht durch strenge Grenzen von einander zu trennen. Die Auffassung der Hysterie als Psychose wird zurückgewiesen; entstehen bei ihr Functionsstörungen auf psychischem Wege, so beruht das Krankhafte dabei nicht auf Anomalien der Vorstellungsthätigkeit an sich als auf Anomalien der Wirkung dieser.

Die Aetiologie beider Krankheiten wird in einem gemeinsamen Capitel besprochen. Unter den prädisponirenden Momenten wird der Erblichkeit die grösste Rolle zuertheilt, doch wird andererseits hervorgehoben, dass selbst die schlimmten Formen der Hysterie sich ohne eine solche entwickeln können. Im Anschlusse hieran werden die körperlichen und psychischen Degenerationszeichen und die Bedeutung gewisser Entwickelungshemmungen, insbesondere einer abnormen Enge der Gehirngefässe erläutert. Auch der Einfluss von Alter und Geschlecht, Rasse, Klima, Beschäftigung, milieu, Erziehung u. s. w. findet an dieser Stelle seine Besprechung. Directe oder Gelegenheitsursachen sind in erster Linie geistige Ueberanstrengung und gemüthliche Erregungen, besonders das Zusammenwirken beider, seltener physische Ueberanstrengungen, ferner kommen sexuelle Schädlichkeiten, somatische Affectionen der verschiedensten Art, andere Nervenkrankheiten, Stoffwechselanomalien, auch forcirte Entfettungscuren, Intoxicationen, be-

Digitized by Google

sonders Alcoholismus in Betracht. Morphinismus, Cocainismus u. s. w. wirken gewöhnlich nur als accessorische Schädlichkeiten bei Zuständen, die an sich schon erschöpfend auf das Nervensystem einwirken. Dass die Rolle des Traumas in eingehender Weise behandelt wird, ist selbstverständlich.

Bei der Vielseitigkeit der Krankheitserscheinungen nimmt die Symptomatologie erklärlicher Weise den breitesten Raum ein. Nach einer ausführlichen Besprechung der der Neurasthenie angehörenden Störungen auf den verschiedenen Gebieten der psychischen und somatischen Sphäre werden die klinischen Einzelformen der Neurasthenie nach ihren Besonderheiten in Bezug auf Erscheinungen und Verlauf geschildert, und zwar die psychische und die spinale Neurasthenie mit ihren Mischformen, sowie die sexuelle, die hereditäre und die traumatische Form. Die folgenden Capitel behandeln Verlauf und Prognose, Theorie der Erkrankung und Diagnose.

Die Symptomatologie der Hysterie ist sehr eingehend und berücksichtigt auch die selteneren Erscheinungen, z. B. die Schlafanfälle, den Somnambulismus, das verdoppelte Bewusstsein, ferner die hysterischen Imitationen, in erschöpfender Weise. Was den Geisteszustand der Hysterischen betrifft, so verwirft Verf. die Annahme eines sog. hysterischen Charakters und weist die demselben zugeschriebenen Eigenschaften der psychopathischen Belastung zu, dagegen sind mehr oder weniger ausgeprägte Willensschwäche und gesteigerte Autosuggestibilität der Hysterie eigen, vielleicht auch sog. hypnoide Zustände.

Es folgen Verlauf, Prognose und Diagnose der Hysterie, sodann eine Schilderung der als Hysteroneurasthenie bezeichneten Mischformen.

Die Prophylaxe der Hysterie und Neurasthenie umfasst Alles, was eine neuropathische Disposition hintanhalten oder abschwächen kann, Rücksichtnahme auf die Descendenz, Erziehung, Abhärtung u. s. w., umschliesst also ein recht weites Gebiet.

Die Therapie soll zunächst die Ursachen der Erkrankung berücksichtigen, doch ist mit der Aufhebung der Ursache, z. B. der Heilung eines Sexualleidens, durchaus nicht immer das consecutive Nervenleiden gehoben, namentlich nicht bei langer Dauer der Krankheit oder bei angeborener neuropathischer Disposition.

Die Behandlung soll die ganze Lebensweise, die Ernährung, den Schlaf, die Beschäftigung, den sexuellen Verkehr u. s. w. regeln. Der arzneilichen Behandlung schreibt Verf. nur eine palliative Wirkung zu; am meisten Vertrauen verdienen noch die Brompräparate. Von erheblich grösserem Nutzen sind Luftcuren, Wechsel des Aufenthalts, der Einfluss des See- und Höhenklimas, Hydrotherapie und Badecuren, vor Allem auch die elektrische Behandlung, in welcher Verf. durchaus nicht nur eine Suggestivtherapie erblickt. Massage und Gymnastik sind werthvolle Mittel zur Unterstützung der Cur. Eine psychische Behandlung kann mit jeder anderen Therapie verbunden werden und bildet einen unentbehrlichen Factor in der Behandlung der Nervenkrankheiten. Zu derselben gehört auch die Anwendung

Digitized by Google

der Hypnose und Suggestion, die in der Hand eines geübten Specialisten keine grösseren Gefahren als irgend eine andere Behandlungsmethode bietet und durch Bekämpfung besonders hervortretender Symptome sehr segensreich wirken kann.

Die anstaltliche Behandlung bleibt besonders für Fälle reservirt, in denen der psychische Zustand ein grösseres Maass ärztlicher Ueberwachung erfordert, oder für solche schweren Fälle, die z. B. durch eine Höhenluftcur allein nicht gebessert werden.

Am Schlusse wird die *Mitchell-Playfair*'sche Mastcur gesondert besprochen und ihre Anwendung auf bestimmte Fälle präcisirt. Dr. *Frank.*

Dr. ***Bené Semelaigne,*** Les grands aliénistes français. Tome premier. — Par. Steinheil. 1894. 414 pp.

Die Liebe zum Berufe prägt sich auch in der Verehrung derer aus, welche ihn gefördert haben. Der Verf., welchem wir schon mehrere werthvolle Schriften verdanken, hat in dem vorliegenden Werke diesen Empfindungen einen trefflichen Ausdruck gegeben. Die unmittelbar nach dem Tode erschienenen Biographien pflegen mehr subjectiv als objectiv abgefasst zu sein. Von den vorliegenden — sie geben uns Leben und Wirken von *Ph. Pinel, Esquirol, Ferrus, J. P. Falret, Felix Voisin, Georget* — haben wir jedoch den Eindruck, dass sie diese Männer uns plastisch vor Augen führen, wie wir sie nach unserer bisherigen Kenntniss von ihnen uns vorgestellt haben. Von jedem wird sein Lebensgang, seine Bedeutung in der wissenschaftlichen Förderung und eine Zusammenstellung seiner literarischen Thätigkeit gegeben. Offenbar beruht die Darstellung auf Quellenstudium, und so können wir überzeugt sein, dass auch die Zeitangaben nunmehr sicher festgestellt sind, was bei Manchem von ihnen, z. B. *Esquirol*, bisher nicht der Fall war. Es zeigt sich aus diesen Vorbildern, wie verschieden sie in ihrem Lebensgange, im Alter und Wirken waren, und wie Jeder von ihnen eine eigne ausgeprägte Persönlichkeit kund gab. Noch giebt es so Manchen unter uns, der den Meisten von ihnen persönlich nahe getreten ist, ihnen Anregung und Belehrung verdankt und um so dankbarer für die Gabe dieses Buches sein wird. Hoffentlich folgen auch bald die Männer, welche mit und nach ihnen durch ihre Wirksamkeit eine hervorragende Stellung in der Psychiatrie eingenommen haben und nicht blos in Frankreich als Vorbilder gelten. *L.*

Digitized by Google

C. Lombroso u. *G. Ferrero,* Das Weib als Verbrecherin und Prostituirte. Anthropologische Studien, gegründet auf eine Darstellung der Biologie und Psychologie des normalen Weibes. Autoris. Uebersetzung von Dr. med. *H. Kurella.* Mit 7 Tafeln, 18 Textillustrationen und dem Bildnisse *C. Lombroso*'s. — Hamburg 1894. Verl.-A.-G. (vorm. J. F. Richter). 590 S.

Ein äusserst reiches Material von mehr oder weniger werthvollen Beobachtungen und Angaben aus den verschiedensten Wissensgebieten, scharfsinnig und unter grossen Gesichtspunkten geordnet, das ist auch das Kennzeichen dieser von *Lombroso* geleiteten und theilweis ausgeführten Arbeit. Den Vorzug einer stricten Beschränkung auf die Thatsachen, die er ihr in der Vorrede zuweist, werden Andre ihr allerdings nicht zubilligen, wohl aber den, eine ungeheure Menge eignen und fremden Materials, das nun von Andren geprüft werden muss, beschafft, eine geistvolle, wenn auch einseitige Darstellung des normalen und des verbrecherischen Weibes gegeben und das Ergebniss auf bestimmte Ursachen zurückgeführt zu haben.

Der erste Theil, der das normale Weib behandelt, gipfelt darin, dass das männliche Geschlecht an Variabilität und Vollkommenheit der Struktur bevorzugt ist, selbst bei niederen Thierklassen, bei denen das Weibchen grösser und stärker ist als das Männchen. Die geringere Zahl der Varietäten und Degenerationszeichen beim Weibe, seine frühere Entwicklung, die mit dem Auftreten der Geschlechtsreife aufhört, seine grössere Stumpfheit in Bezug auf Empfindung und Schmerz zeigen auch abgesehen von Grösse, Kraft, relativem Hirngewicht u. s. w. — die Ueberlegenheit des Mannes an. Ihm gegenüber steht das Weib auf infantiler Stufe, es ist grausam, unmoralisch, impulsiv, suggerirbar, wie das Kind. Die Liebe der Frau ist der Hauptsache nach eine Folge der Mutterschaft und ihres Unterwürfigkeitsbedürfnisses, während das geschlechtliche Element zurücktritt. Die Inferiorität der weiblichen Intelligenz drückt sich im Mangel an Genie und Originalität, im Misoneismus, andrerseits in erhöhter Assimilationskraft und psychologischer Intuition, sowie in geringem Sinn für Logik und Abstraction aus.

Der zweite Theil enthält die „Criminologie" des Weibes; eine Uebersicht weiblicher Verbrechen im Thierreich, weiblicher Criminalität bei wilden und primitiven Völkern und eine besonders ausführliche Geschichte der Prostitution zeigen eine allmälige Entwicklung des Schamgefühls und einen Rückgang der Prostitution, die zu einer „rückständigen und krankhaften Erscheinung bei einer gewissen Klasse von Personen" wird.

Es folgt im dritten Theil „pathologische Anthropometrie der Verbrecherinnen und der Prostituirten". Eine Reihe von Abweichungen vom Typus der normalen und geisteskranken Frau ist beiden Klassen gemeinsam, wie geringere Schädelcapacität. Auch grössere Häufigkeit der Degenerationszeichen im Verhältniss zur normalen Frau findet sich sowohl bei Ver-

Digitized by Google

brecherinnen wie Prostituirten, doch sind bei diesen fast alle Anomalien häufiger. Der Verbrechertypus (Vorkommen von vier und mehr Degenerationszeichen) ist bei 18 pCt. der Verbrecherinnen ausgesprochen, während er sich bei 37 pCt. der Prostituirten findet (gegen 2 pCt. der gewöhnlichen weiblichen Bevölkerung und 31 pCt. der männlichen Verbrecher). Die bei Verbrechern häufige Tätowirung ist bei Verbrecherinnen sehr selten, häufiger dagegen bei Prostituirten.

Im vierten und längsten Theil wird die „Biologie und Psychologie der Verbrecherin und der Prostituirten" abgehandelt. Die „geborene Verbrecherin", die durch Abschwächung der secundären sexuellen Charaktere und durch männliche Geisteszüge eine Tendenz zur Verschmelzung mit dem männlichen Typus zeigt, wird der Gelegenheitsverbrecherin, die dem normalen weiblichen Typus sich nähert oder ihm zugehört, und der Leidenschaftsverbrecherin gegenübergestellt, bei der die Leidenschaft die beim normalen Weibe latenten verbrecherischen Tendenzen nur entfesselt. Die Uebergangsformen zwischen „Normalität" und äusserster Degeneration fehlen fast völlig im Gegensatz zum Manne. Die irre Verbrecherin findet eine nur kurze Besprechung; bei ihr wird die Umkehrung der specifisch weiblichen Eigenschaften, der Zurückhaltung, der Bestimmbarkeit und der geschlechtlichen Indifferenz, in noch stärkerer Ausprägung als bei gewöhnlichen Verbrecherinnen gefunden. Ebenso kurz werden die epileptischen Verbrecherinnen und sittlich idiotischen Frauen abgehandelt. Bei der Besprechung der — im Ganzen seltenen — hysterischen Verbrecherin wird auf die „vollkommene Analogie zwischen hysterischen und geborenen Verbrecherinnen" hingewiesen; „ein Unterschied zwischen den beiden Typen besteht nur darin, dass bei Jenen die Verlogenheit, Unbeständigkeit und geschlechtliche Sinnlichkeit, besonders die von perverser Richtung, noch mehr entwickelt ist". — Die geborene Prostituirte, deren Schilderung sich nun anschliesst, zeigt dieselben Merkmale wie der geborene Verbrecher. „Die Identität zwischen der Verbrechernatur und der Dirnennatur ist auf anatomischem und psychologischem Gebiet so vollständig wie nur möglich; beide sind identisch mit dem Typus des sittlich idiotisch Degenerirten, und somit auch einander gleich." Dass grössere Verbrechen von Prostituirten selten begangen werden, liegt neben ihrer physischen Schwäche und spärlichen Intelligenz darin, dass sie in der Prostitution das Mittel haben, alle ihre Wünsche zu befriedigen; die „kleine Criminalität — Diebstahl, Erpressung, Körperverletzung" ist unter Prostituirten ungemein verbreitet. Ist somit die Prostitution die weibliche Erscheinungsform der Criminalität, so fällt die geborene Verbrecherin, die auch in biologischer Beziehung männliche Charaktere besitzt, aus dem Rahmen der Weiblichkeit heraus, sie ist eine ganz exceptionelle Erscheinung. — Die Gelegenheitsprostituirte hat viele Charaktere mit der geborenen Prostituirten gemein, sie ist psychisch in höherem Grade abnorm als die Gelegenheitsverbrecherin, das erklärt sich leicht, da beim Weibe „die Achtung vor dem Eigenthum schwach

Digitized by Google

entwickelt ist, und es keiner Degeneration bedarf, um dagegen zu verstossen. Das Schamgefühl ist jedoch nächst der Mutterliebe das stärkste Gefühl des Weibes."

Diese flüchtige Heraushebung wesentlicher Punkte möge zur Lectüre des Buches anregen, das eine Fülle treffender Bemerkungen und Ausblicke enthält. Daneben fällt es weniger ins Gewicht, dass gerade von psychiatrischer Seite so manches eingewandt werden kann — auch abgesehen von der eigenartigen Auffassung der Moral insanity. Schwerer wiegt die Neigung, überall atavistische Spuren zu wittern, und die damit verbundene Unterschätzung der auf den Lebenden wirkenden Einflüsse. Die etwas weite Ausdehnung, die die Verf. den secundären Geschlechtscharakteren zuweisen, hängt damit zusammen. Dass die Grausamkeit als ein specifisch weiblicher Charakterzug aufgeführt wird, ist nicht nur für die erstaunlich, welche, um mit *Lombroso* zu reden, „die Traditionen des Mittelalters fortführen und Galanterie gegen das weibliche Geschlecht, das die Rosen in unser Leben flicht, verlangen"; den zahlreichen Beispielen für weibliche Grausamkeit, die die Verf. anführen, liessen sich mühelos zahlreichere von männlicher gegenüberstellen, und noch dazu ist der grössere Theil davon den Wilden und Naturvölkern entnommen, bei denen, wie die Verf. selbst sagen, das weibliche Geschlecht „nicht ganz so grausam wie das männliche" ist. Man kann wohl eher sagen, dass weibliche Grausamkeit so auffällt, weil sie seltener und deshalb unerwarteter auftritt. Auch sonst sind einzelne Nachweise anfechtbar, so sprechen z. B. die mitgetheilten Zahlen nicht dafür, dass der Tastsinn bei Männern feiner ist als bei Weibern, auch wenn man den hervorgehobenen Einfluss der Degenerationszeichen auf denselben berücksichtigt. Auch der Beweis, dass das Weib gegen Schmerzen weniger empfindlich sei als der Mann und ihn nur in der Reaction auf dieselben übertreffe, ist wohl nicht ganz einwandsfrei.

Die Uebersetzung liest sich überall gut; vielleicht könnte bei der 2. Auflage die erhebliche Anzahl der Fremdwörter gemindert werden, die auch dort auffällt, wo die an manchen Stellen ersichtlichen Gründe fehlen. Auch auf Druckfehler würde alsdann wohl besser zu achten sein.

Hans L.

Pastor *G. Hafner*, Die Dämonischen des Neuen Testaments. Ein Vortrag, gehalten und dem Verein der deutschen Irrenärzte gewidmet. — Frankf. a. M., K. Brechert, 1894. 33 S.

Dr. *Hans Laehr*, Die Dämonischen des Neuen Testaments. Eine Antwort auf Herrn Pastor *Hafner*'s Schrift über den gleichen Gegenstand. — Leipzig, Fr. Fischer, 1894. 30 S.

In der ersten Schrift vertheidigt P. *Hafner* seine Anschauung, dass die heutigen Geisteskranken mit den Besessenen oder vielmehr, da er diese

Digitized by Google

Uebersetzung für falsch hält, mit den Dämonischen des Neuen Testaments identisch seien, dass seelische, aber nicht persönliche Wesen aus der Welt des Bösen, Dämonen, die Geisteskrankheit bewirken, und dass die sittliche Verantwortlichkeit beim Geisteskranken nicht aufgehoben sei. Er thut dies, wie hier ausdrücklich anerkannt werden soll, in möglichst versöhnlicher Weise und kommt zu Folgerungen aus seiner Theorie, die der heutigen Anschauung ungefähr entsprechen. Vor Allem betont er, dass Geisteskranke nur als Kranke zu betrachten und zu behandeln sind. Auch die — nicht aufgehobene — sittliche Verantwortlichkeit wird wenigstens für die Praxis ausser Geltung gesetzt, da wir die Reizungen zum Sündlichen nicht beurtheilen können, die dem Geisteskranken aus der ihn umgebenden falschen Welt zufliessen. Endlich ist auch nach Verf. die Gabe, Dämonische, i. e. Geisteskranke durch Austreibung des Dämons zu heilen, seit dem 3. Jahrhundert nicht mehr vorhanden, und Verf. freut sich sogar darüber, denn „Wunder der Liebe sind mehr werth als Wunder der Macht".

Wenn Ref. trotzdem in der zweitgenannten Schrift die *Hafner*'sche Begründung der Dämonenlehre auf Grund der neutestamentlichen Berichte als in der Luft schwebend nachzuweisen versucht und die Gefährlichkeit ihrer Wirkung auf folgerichtigere und weniger humane Denker aufdeckt, so könnte dies Manchem zunächst als überflüssig erscheinen. Wer aber bedenkt, dass Herr P. *Hafner* zum Vorstand des Irrenseelsorgerverbandes gehört, dass die anscheinend auf dem Neuen Testament aufgebaute Theorie der grossen Menge derer, die ohne eigene Prüfung einem Geistlichen glauben, was er aus der Bibel herausliest, als die eigentlich christliche Auffassung gelten muss, und dass wir über die Zeiten des Exorcismus und der Bestrafung Geisteskranker doch noch nicht so ganz heraus sind, der wird eine derartige Erwiderung vielleicht doch als gerechtfertigt anerkennen.

Hans L.

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Irrenpflege in Tunis.

In früheren Jahrhunderten waren die Araber den Europäern in der Einrichtung von Krankenhäusern und in den Vorkehrungen zur Pflege von Geisteskranken weit überlegen. Dieses Verhältniss hat sich geändert und ändert sich noch immer mehr. Es ist nicht ohne Interesse zu sehen, auf welcher Stufe sich jetzt die Irrenanstalten der Araber befinden, und besonders dürfte es wünschenswerth sein, dies von einem Lande festzustellen, in dem ein europäisches Volk rasch immer mehr Einfluss gewinnt und wahrscheinlich bald auf allen Gebieten die arabischen Ueberlieferungen abändern wird.

Im April dieses Jahres hatte ich Gelegenheit das arabische Krankenhaus zu Tunis aus eigener Anschauung kennen zu lernen. Diese Anstalt beherbergt durchschnittlich etwa 120 Kranke, kann aber im Nothfalle eine erheblich grössere Zahl aufnehmen. Sie steht unter der Leitung eines französischen Arztes, alle Einrichtungen und das Pflegepersonal sind aber arabisch. Die Chirurgie wird entschieden bevorzugt, besonders häufig sind Operationen wegen tuberculöser Knochenaffectionen.

Das Krankenhaus enthält eine Abtheilung für geisteskranke Männer mit etwa 40 Plätzen. Sie besteht in einem grossen Saale, der von einer Reihe grösserer und kleinerer Zimmer umgeben ist. Die meisten von diesen dienen als Einzel- und Isolirzimmer.

Sie erhalten Licht und Luft durch die Thüre, die in den gemeinsamen Raum führt und durch viereckige, vergitterte, über den Thüren angebrachte Löcher, die durch hölzerne Klappen verschliessbar sind. Die Zimmer enthalten ausser einer Matte, die als Bett dient, kein Geräthe, mit Ausnahme von den Wohnräumen einzelner Kranker, deren Verwandte eine gewisse Ausstattung besorgt haben. Auch ihr Essen erhalten mehrere wohlhabende Kranke von Verwandten aus der Stadt geschickt. In dem gemeinsamen Raum stehen mehrere Tische und Bänke. Seine Decke ist durch ein eisernes Gitter gebildet; durch dieses erhält der Raum Licht und Luft durch Vermittelung von Fenstern, die in den Aussenwänden über den Einzelzimmern sich befinden. Glasscheiben sind auf diese Weise den Kranken

Digitized by Google

ganz unerreichbar. Ein kleiner Idiot hatte keine Kleider, sondern wickelte sich in eine Decke; er bekam keine Kleider, weil er sie wiederholt zerrissen hatte. Zwei Kranke waren in ihren Einzelzimmern durch eiserne Ketten mit einem Fusse an der Wand befestigt. Unruhige Kranke habe ich bei meinem Besuche nicht bemerkt. Eine Vorrichtung zur Heizung giebt es nicht, sie ist auch nicht nöthig, da die Temperatur der Räume angeblich im Winter nie unter 15° C. sinkt. Das Trinkwasser wird aus Cisternen geschöpft. So wenig die Behaglichkeit, die den Geisteskranken in dieser Anstalt geboten wird, den Anforderungen genügt, die wir in Europa zu stellen pflegen, so schienen doch die meisten Kranken zufrieden und in heiterer Stimmung zu sein. Dr. *Otto Snell.*

Entscheidung des Reichsgerichts. — 1. Eine Freiheitsberaubung kann durch eine Unterlassung nur dann begangen werden, wenn eine Rechtspflicht zur Vornahme der unterlassenen Handlung bestand. U. d. R.Gs. vom 20. Oct. 1893. Entsch. Bd. XXIV, G. 339.

2. Das von einem privaten Sachverständigen aussergerichtlich und uneidlich abgegebene schriftliche Gutachten kann als eine beweiserhebliche Privaturkunde im Sinne der §§ 267, 268 St.G.Bs. nicht erachtet werden. U. d. R.Gs. vom 20. Nov. 1893. Entsch. Bd. XXIV. S. 395.

3. Ein erstrichterliches Urtheil hatte unter Berufung des § 51 des Strafgesetzpunktes auf Freisprechung erkannt, weil der Angeklagte in Folge des Alcoholgenusses die Willenskraft und Selbstbeherrschung verloren habe. Dies Urtheil wurde vom Reichsgericht aufgehoben mit der Begründung, dass die Fassung des § 51 gerade darauf abziele, der vagen Lehre von der auf moralischem Irrsinn beruhenden Unzurechnungsfähigkeit den Eingang in die Strafrechtspflege zu verschliessen. Schon in einem früheren Falle hatte das Reichsgericht durch Urtheil vom 14. Dec. 1866 in diesem Sinne entschieden. Es handelte sich damals um den bekannten Rechtsfall der 12jährigen Marie Schneider von Berlin, die ein kleines Kind vorsätzlich aus dem Fenster gestürzt und getödtet hatte und vor dem Gericht des Mordes angeklagt, einen vollständigen Mangel an allen sittlichen Begriffen an den Tag legte. Damals trat namentlich Paul Lindau in seiner Zeitschrift „Nord und Süd“ energisch für die Theorie des „moralischen Defects“ bei ungeschwächter Geisteskraft ein, wodurch eine Unzurechnungsfähigkeit begründet werde. Das Reichsgericht wies aber in jenem Erkenntniss diese neue Theorie des Vorhandenseins von Irreseinszuständen zurück, in welchen die logischen Processe ungestört von Statten gingen und Wahnideen und Sinnestäuschungen ganz fehlten. Das Strafgesetzbuch erkenne in dieser Richtung nur eine Unzurechnungsfähigkeit aus krankhafter Störung der Geisteskräfte an, aber keine solche, wenn Jemand statt ethisch-rechtlicher Motive nur Begriffe der Nützlichkeit und Schädlichkeit zu verwerthen wisse, so dass er von diesem seinen eigenartigen inferioren

Digitized by Google

Standpunkte das Strafgesetz nur als eine Art polizeiliche Vorschrift zu beurtheilen vermöge und bei diesem sittlichen und intellectuellen Defect mehr oder weniger widerstandslos seinen „geistischen, unsittlichen Antrieben preisgegeben sei".

Besondere Schulklassen für schwachbegabte Kinder. — Die Thatsache, dass sich in den Volksschulen Kinder fanden, die eine mindere Begabung zeigen und deshalb mit den normal beanlagten Schülern nicht gleichen Schritt halten können, hat zu dem Entschluss geführt, in den Volksschulen „Hülfsklassen für schwachbegabte Kinder" einzurichten. Seitens der Regierung sind hierfür die Bestimmungen getroffen worden, dass 1. zur Auswahl der betreffenden Kinder für die besonderen Klassen thunlichst ein Arzt zugezogen wird, weil körperliche Gebrechen und überstandene Krankheiten mit der zurückgebliebenen geistigen Entwicklung in Zusammenhang zu stehen pflegen und die ärztliche Mitwirkung die Gewähr bietet, dass die Ueberweisung auf Kinder beschränkt bleibt, die geistig nicht genügend entwickelt sind, um an dem normalen Unterricht mit Nutzen sich zu betheiligen, 2. dass die Zahl der Kinder in keiner Klasse 25 übersteigt, 3. dass für diese Klassen ein besonderer Lehrplan zu entwerfen und bei mehrstufigen Schulsystemen für jede einzelne Klasse ein erheblich niedrigeres Ziel festzusetzen ist, das auch bei der obersten Klasse über das für die Mittelstufe einer normalen Volksschule vorgeschriebene Maass nicht hinausgeht, und dass bei der Auswahl die Gegenstände, die vorzugsweise geistige Anstrengung erfordern, zu Gunsten der auf die Entwicklung körperlicher Geschicklichkeit und praktischer Befähigung gerichteten zurücktreten.

Aus Lübeck. — In ihrer Versammlung vom 22. Juni 1891 wurde der Bürgerschaft vom Senate eine Vorlage behufs Erweiterung der Irrenanstalt zur Mitgenehmigung unterbreitet. Für die Ausführung dieses Baues wurden annähernd 375000 M. gefordert. Die Bürgerschaft lehnte diesen Antrag jedoch ab und richtete an den Senat das Ersuchen, „auf den Bau einer neuen Irrenanstalt an einer näher zu bezeichnenden Stelle Bedacht zu nehmen, das jetzt der Irrenanstalt gehörige Areal, soweit es nicht für andere öffentliche Zwecke zu reserviren ist, baldthunlichst zu verkaufen und den hieraus zu erzielenden Erlös nach Abzug der zu den neu anzulegenden Strassen erforderlichen Kosten zur Herstellung der neuen Irrenanstalt mit zu verwenden." Da der Senat seinen Antrag am 21. September unverändert erneuerte, beschloss die Bürgerschaft in Anlass verschiedener Anregungen und neuer Gesichtspunkte, welche geltend gemacht wurden, die Senatsvorlage vorerst zur Vorberathung an eine Commission zu verweisen. Die Berathungen dieser Commission haben fast drei Jahre

Digitized by Google

in Anspruch genommen. Zunächst wurde eine Besichtigung der gegenwärtigen Anstalt vorgenommen, und als man dann ebenfalls zu der Ueberzeugung gelangte, dass eine Verlegung der Anstalt an einen von der Stadt entfernteren Platz vorzuziehen sei, ward die Grundlage für einen Bau der neuen Anstalt entworfen. Als ein geeigneter Platz für solchen Neubau wurde in erster Linie der im Eigenthum der Armenanstalt befindliche Vogelsang an der Ratzeburger Allee, dem alten Klosterhofe gegenüber, ins Auge gefasst. Auf Grund dieser Beschlüsse wurde von dem Stadt-Baudirector ein generelles Bauproject mit Kostenüberschlag entworfen. Hierbei stellte es sich heraus, dass ohne Grunderwerb und Inventar für 227 Betten eine Bausumme von 1040000 M. erforderlich war. Unter diesen Umständen glaubte die Commission und zwar im Hinblick auf die augenblickliche Finanzlage unseres Staates die Erbauung einer neuen Irrenanstalt nicht empfehlen zu können, da es sich bei Ausführung einer solchen nicht nur um die Aufwendung eines erheblichen Baucapitals, sondern auch um eine nicht unerhebliche Erhöhung des jährlichen Staatszuschusses zur Deckung der Verwaltungsausgaben handeln würde. Aber auch zur Empfehlung der Annahme der Senatsvorlage konnte sie sich nicht entschliessen, da auch diese eine nicht unerhebliche einmalige Ausgabe und eine entsprechende Erhöhung der Verwaltungskosten verursachen würde. Sie empfiehlt daher in ihrem nunmehr gedruckt vorliegenden Bericht unter diesen Umständen der Bürgerschaft einfach die Ablehnung des Senatsantrages.

(Hoffentlich dringt der ursprüngliche Antrag der Bürgerschaft dennoch durch. Es würde bedauerlich sein, wenn Lübeck seinen Geisteskranken nicht die den Anforderungen der Gegenwart entsprechende ärztliche Behandlung und sachgemässe Pflege gewähren wollte.)

Aus Oberöstreich. — Der Landesausschuss hat am 21. November 1893 bedauerlicher Weise dem Antrage zugestimmt, dass zu einer landwirthschaftlichen Irrenpflegeanstalt (vgl. S. 266) das Schlossgebäude zu Geschwendt mit 9 Joch 905 Quadratklafter Terrain umgestaltet werde, wo für 250 Kr. Platz geschaffen werden könne. Das Mitglied, Herr *Zehetmayer* plädirte vergeblich dafür, dass ein planmässiger Neubau auch in Hinsicht auf die Kosten vorzuziehen sei. (Es ist bedauerlich, dass nicht eine Commission damit beauftragt war, die nun schon vorhandenen trefflichen landwirthschaftlichen Irrenanstalten zu besichtigen. Dieselbe würde sich überzeugt haben, welche Anforderungen gestellt werden müssen, wenn solche Anstalten ihren Zweck erfüllen sollen.) (Tagespost-Linz No. 1289.)

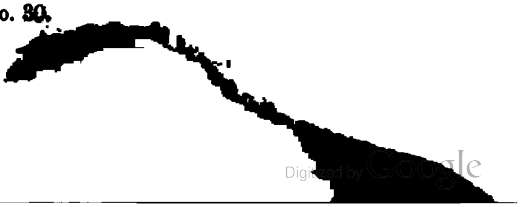
Aus der Schweiz. — In der Sitzung vom 21. Aug. c. bewilligte der Bernische Grosse Rath einen Credit von 383,000 Frcs. für den Umbau des

Digitized by Google

Klosters Bellelan (Jura) Behufs Aufnahme von 260 geisteskranken Pfleglingen. Nach Vollendung dieses Umbaues wird der Canton Bern in seinen 3 Irrenanstalten hinreichend Platz für die Aufnahmen von 1200—1300 Geisteskranken besitzen; der bezügliche Kostenaufwand beziffert sich auf etwas über 5 Millionen Francs.

Die Zunahme der Irren in Irland. — Durch die Ueberfüllung der irischen Irrenanstalten auf die Zunahme des Irrsinns auf der Grünen Insel aufmerksam gemacht, liess der irische Staatsecretär John Morley eine Untersuchung über die Frage anstellen, deren Ergebniss jetzt in Form eines Blaubuchs vorliegt. Dieser Bericht stellt die Thatsache fest, dass vom Jahre 1851—1891 die Zahl der Irrsinnigen sich um 200 pCt. vergrössert hat, trotz des Umstandes, dass sich die Bevölkerung verringerte; auch die Zahl der unheilbar Wahnsinnigen ist gestiegen. Als Ursachen führen die Sachverständigen in erster Linie den Missbrauch des Alkohols und Thees an, welch letzterer von den unteren Klassen in Irland den ganzen Tag über mit Brot genossen wird. Dabei brauen sie ihn so stark, dass das Tannin wie Gift wirkt. Zweitens schreiben die Berichterstatter die Zunahme des Wahnsinns der Auswanderung zu, in Folge deren die Schwachen und Geisteskranken zurückblieben, während anderseits eine grosse Anzahl Auswanderer, krank an Geist und Körper, zurückkehrten. Andere Gründe sind das Darniederliegen des Ackerbaues und die dadurch verursachten Sorgen sowie das Heirathen unter Blutsverwandten. (Hamb. Corresp.)

Aus Amerika. — Auf der Strasse zwischen Mount Vernon und White Plains liegt die von Dr. *Granger* geleitete Privatirrenanstalt. Seit einiger Zeit befand sich in ihr ein junger Mann, Namens Reamer, ein ehemaliger Student des Princeton College und Sohn eines Baltimorer Millionärs. Am Freitag nach dem Souper gelang es dem jungen Mann, sich aus der Anstalt zu entfernen. Sobald das Verschwinden Reamer's dem Dr. *Granger* gemeldet wurde, sandte er Leute zu Fuss und per Wagen nach allen Richtungen aus, um auf den Entflohenen zu fahnden, und benachrichtigte gleichzeitig die Polizei in allen Orten von Westchester County, indem er eine Belohnung von 350 Dollar auf die Einlieferung des Kranken aussetzte. Unter Denen, welche, von der versprochenen Belohnung angelockt, sich auf die Suche nach dem jungen Mann machten, befand sich auch der frühere Sheriff von Putnam County und jetzige Hülfssheriff von Westchester County James E. Warner. Es gelang ihm, Reamer in White Plains zu erwischen, worauf er ihn an Dr. *Granger's* Irrenanstalt ablieferte. New-Yorker Staatsz. 1894. No. 30.



Digitized by Google

Verein zum Austausche der Anstaltsberichte[1]).

Dem Vereine ist ferner beigetreten:
Grossh. Irrenanstalt zu Strelitz, Mekl.

Tagesordnung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Dresden am 21. und 22. September, Zeughausplatz 3 I.

1. Geschäftliche Mittheilungen, Rechnungslegung, Wahl für die nach dem Statut austretenden Mitglieder des Vorstandes.
2. Die Criminal-Psychologie. Ref.: Herr Privatdocent Dr. *Sommer*-Würzburg.
3. Die Begrenzung der allgemeinen Paralyse. Ref.: Herr Prof. Dr. *Binswanger*-Jena.
4. Der 2. Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches. Ref.: Herr Prof. Dr. *Mendel*-Berlin.

Vorträge haben angemeldet:

5. Herr Dir. Dr. *Ad. Meyer*-Roda, Ueber Faserschwund im Gehirne bei Geisteskranken.
6. Herr Dr. *G. Ilberg*-Sonnenstein, Ueber hallucinatorischen Wahnsinn (*Kraepelin*).
7. Herr Dr. *Alzheimer*-Frankfurt a. M., Die arteriosclerotische Atrophie des Gehirns.
8. Herr Dr. *Kaiser*-Lindenhof, Ueber den Werth der vergleichend anatom. Untersuchung des Centralnervensystems.
9. Herr Dr. *Lührmann*-Dresden, Ueber die Beziehungen des Alcoholismus zur Hysterie.
10. Herr Oberarzt Dr. *Ganser*-Dresden, Ueber hysterische Psychose.
11. Herr Geheimrath *Tigges*-Düsseldorf, Krankengeschichte Feldmann's und Kritik der in Angelegenheiten dieses Falles erhobenen Angriffe auf Irrenärzte und Irrenanstalten.
12. Herr Oberarzt Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg, Die Menstruation und ihr Einfluss bei chron. Neurosen.
13. Herr Dr. med. u. phil. *Buschan*-Stettin, Einfluss der Rasse auf die Häufigkeit von Geisteskrankheiten.

---

[1]) Vergl. diese Ztschr. Bd. 32, S. 80. Bd. 33, S. 34. Bd. 39, S. 339 u. S. 839. Bd. 41, S. 475 u. S. 735. Bd. 42, S. 185. Bd. 44, S. 328. Bd. 45, S. 490 u. S. 628. Bd. 46, S. 137. Bd. 48, S. 255 u. S. 547. Bd. 49, S. 744. Bd. 50, S. 896 u. S. 1128. Bd. 51, S. 269. Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben. *Lachr.*

Digitized by Google

Empfang der Mitglieder am Vorabende, d. h. am 20. September Abends auf der reservirten Veranda des Königl. Belvedere der Brühl'schen Terrasse.

Gemeinsame Mahlzeit am 21. September auf dem Königl. Belvedere der Brühl'schen Terrasse.

Zum Logis vorgeschlagen: Hôtel Bellevue, Hôtel Weber, Hôtel Stadt Gotha, Hôtel du Nord.

Restaurationslocal Abends Stadt Gotha im reservirten Saale.

Für eine gute Opernvorstellung am 22. September sind Unterhandlungen eröffnet.

Digitized by Google

Personal-Nachrichten.

Dr. *Herting*, 1. Ass. der Prov.-Heilanst. „Rittergut Altscherbitz", ist zum Oberarzt derselben Anstalt,

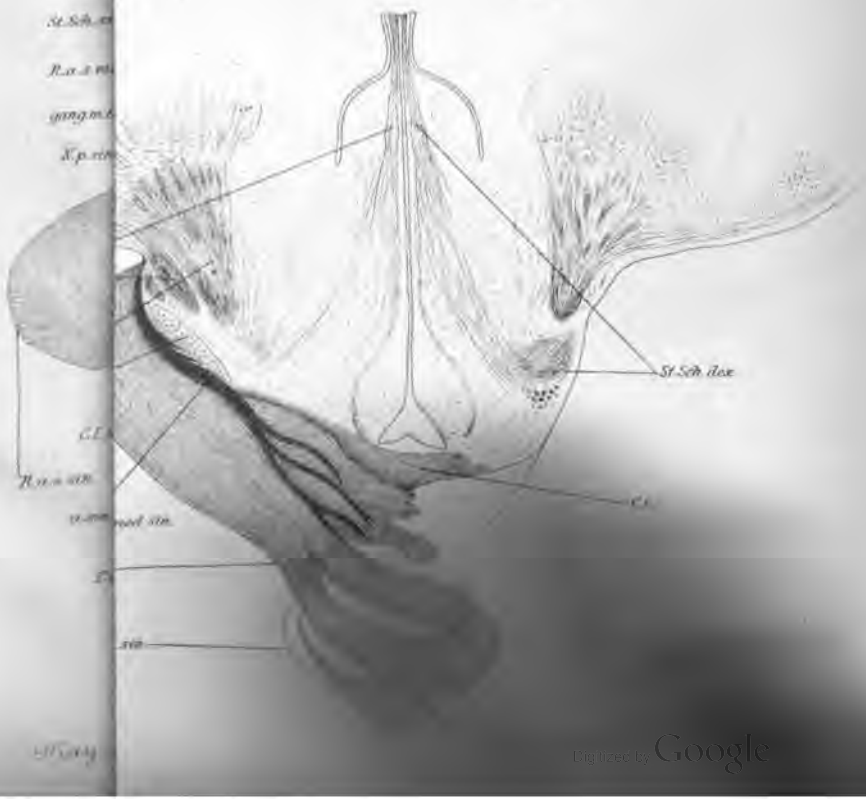
Dr. *H. Zander*, Dir. der Prov.-Heilanst. zu Rybnik, ist zum San.-Rath,

Dr. *Alfr. Bilharz*, dir. Arzt der Heilanst. zu Sigmaringen, zum San.-Rath ernannt worden.

Dr. *Ed. Hitzig*, Geh. Med.-R., Prof. u. Dir. der psych. Klinik zu Halle, hat den Kgl. Kronenorden 2. Kl. erhalten.

Digitized by Google

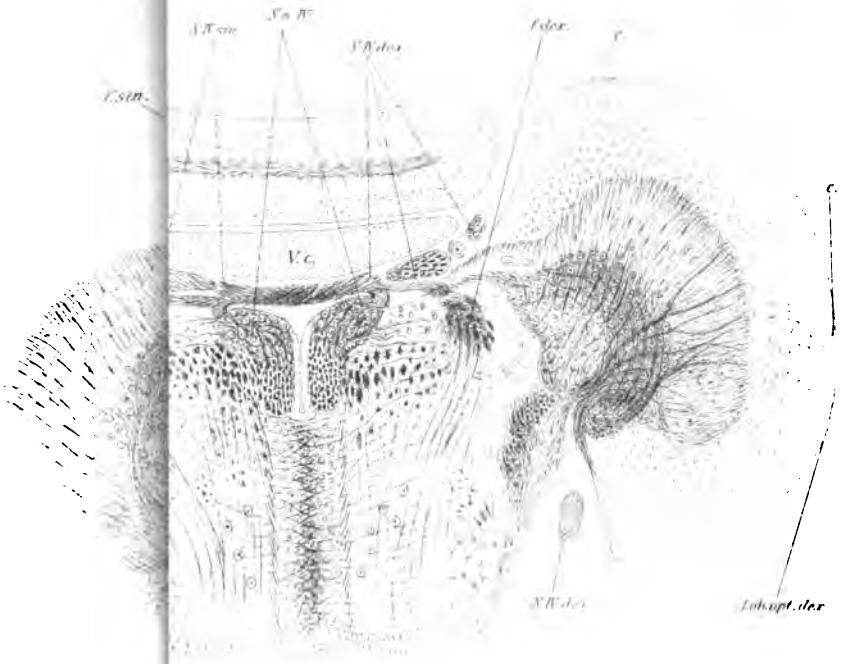
Fig 1.



Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 5.



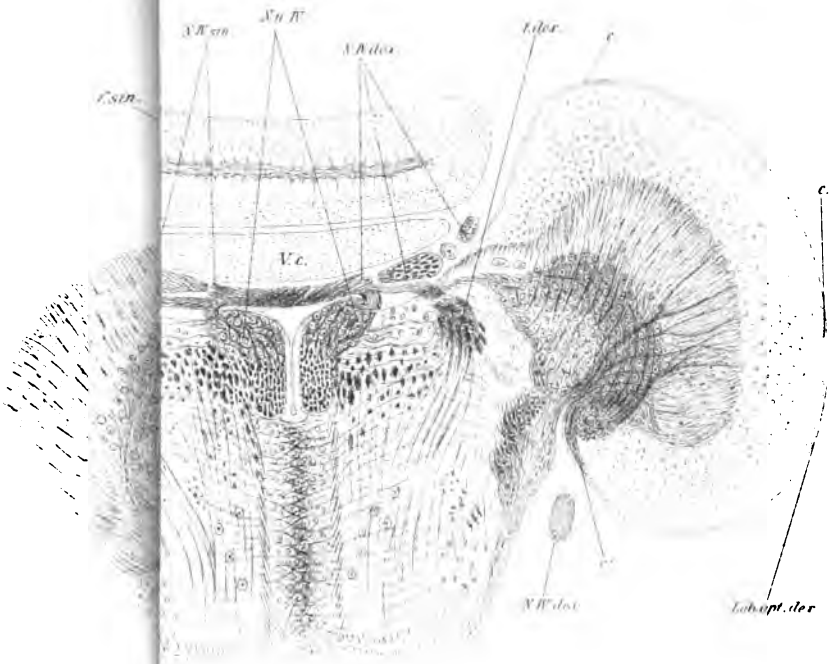
Mayer Gantp med. dex.

Alb. Schuster, Lith. Inst. Bo.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 5.



Mayout Sentr. med. der.

A.W. Schultze, Lith. Inst. Berlin.

Digitized by Google

Digitized by Google

Bernhard von Gudden's hirnanatomische Experimentaluntersuchungen.

Zusammengefasst dargestellt

von

Dr. **Nissl**, II. Arzte an der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

Darüber besteht wohl kein Zweifel, dass auf dem Wege der *Gudden*'schen Methode der Hirnanatomie eine Reihe der wichtigsten Thatsachen erschlossen wurde. Um so mehr muss es befremden, dass seit dem tragischen Ende des Entdeckers dieser Methode ein so werthvolles und sicheres Hilfsmittel der hirnanatomischen Forschung nur von einzelnen Autoren benützt wird.

Ich will an dieser Stelle nicht untersuchen, woran das liegt; wohl aber dürfte es nicht unzeitgemäss sein, die Aufmerksamkeit wieder auf diese Methode zu lenken. Ich bin der Meinung, dass dieses Ziel am besten und am würdigsten durch die Wiedergabe aller jener hirnanatomischen Daten erreicht werden kann, welche der Autor selbst mit Hülfe der eigenen Methode zu festbegründeten hirnanatomischen Thatsachen gemacht hat. Allerdings sind und bleiben viele derselben unwiederbringlich verloren. Der Lieblingswunsch *Gudden*'s, in einem zusammenfassenden Werke die Arbeit seines Lebens der Nachwelt zu überliefern, ging nicht in Erfüllung. Es war deshalb ein grosses Verdienst von Professor *Grashey*, dass er die bereits veröffentlichten Abhandlungen mit einigen hinterlassenen Aufsätzen in einem Prachtwerke[1]) gesammelt herausgab.

[1]) *Bernhard von Gudden*'s gesammelte und hinterlassene Abhandlungen. Herausgegeben von Dr. *H. Grashey* etc. Mit 41 in Kupfer radirten Tafeln und einem Portrait. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1889.

Digitized by Google

Mich an dieses anlehnend habe ich nun den Versuch gewagt, *Gudden*'s hirnanatomische Funde aus dessen unzusammenhängenden Abhandlungen herauszuschälen, um sie einmal in einheitlichem Bilde einem grösseren Kreise vorzuführen. Damit man die Details sowie die Begründung der einzelnen Angaben jederzeit leicht im Original nachzuschlagen vermag, habe ich hinter jeder Angabe die Seitenzahl im genannten Werke beigefügt. Da sich *Gudden*'s Mittheilungen vorzugsweise auf das Kaninchengehirn beziehen, so habe ich, wenn andere Gehirne untersucht wurden, dieses eigens bemerkt.

In klar bewusster Weise richtete er den Angriff auf das junge Thier (123). Durch Exstirpationen peripherer Endigungen oder centraler Theile des Nervensystems bei neugeborenen Thieren brachte er die correspondirenden centralen resp. peripheren Theile und deren verbindende Leitungsbahnen zu Atrophien, die am erwachsenen Thiere dadurch leichter verfolgt werden können, weil die nicht atrophische Seite als Wegweiser dient. Sein Plan dabei war, in erster Linie von der Peripherie her Schritt für Schritt immer tiefer in die Centren vorzudringen, bei Angriffen aber auf die Centren und zumal auf die Grosshirnrinde nur mit grösster Behutsamkeit zu verfahren, um zunächst die Fehlerquellen zu entdecken und die Mittel und Wege aufzufinden, wie man sie einigermaassen vermindern und vermeiden könne (200).

Diese Fehlerquellen fliessen bei der *Gudden*'schen Methode ebenso reichlich, wie bei jeder anderen und noch so exacten Methode, und können zu falschen Schlüssen verleiten, wenn man nicht ausserordentlich kritisch zu Werke geht oder allzu enthusiastisch alle Folgeerscheinungen nur auf den operativen Eingriff bezieht. Vor Allem mögen hier die directen und indirecten Druckatrophien, abgesehen von den sich allerdings bei jungen Thieren seltener an die Operation anschliessenden Entzündungserscheinungen erwähnt werden.

Ein Beispiel für directe Druckatrophie bietet ein Fall, wo *Gudden* bei Exstirpation des Scheitelhinterhauptshirns eine Atrophie der Pyramidenbahn fand — dadurch erklärlich, dass durch einen sich von der Operationsstelle aus entwickelnden Hydrops des Ventrikels ein Druck auf das Vorderhirn ausgeübt wurde, der die von diesem abhängige Pyramidenbahn zur Atrophie brachte.

Ein eclatantes Beispiel für indirecte Druckatrophien zeigt die

Digitized by Google

partielle Atrophie des dorsalen vorderen Ganglions im Corpus mammillare nach Exstirpation des Scheitelhinterhauptshirns. Von diesem Hirntheil ist nämlich im Corpus mammillare nur das ventrale hintere Ganglion abhängig. Nun aber schiebt sich das ventrale hintere Ganglion der normalen Seite gegen die Lücke des vom Scheitelhinterhauptshirn abhängigen und durch dessen Exstirpation in der Entwicklung gehemmten Ganglions vor. Das dorsale vordere Ganglion der operirten Seite und das ventrale hintere der anderen Seite wird von zwei Seiten also gedrückt und bleibt deshalb im Wachsthum zurück, so dass also dasselbe, wie auch die aus ihm entspringenden Fasern theilweise atrophiren, obschon das Ganglion mit seinen Fasern gar nichts mit dem entfernten Hemisphärentheil zu thun hat (191).

Um derartige ähnliche Verschiebungen an anderen Stellen thunlichst zu verhüten, hat ***Gudden,*** wo es nur immer anging, die Methode der intracraniellen Operation eingeführt. Freilich setzt diese Operationsmethode, die darin besteht, dass man, ohne die Schädelhöhle in grösserem Umfange zu eröffnen, mit einem feinen Messerchen das Schädeldach durchstechend, nur das durchschneidet, was man beabsichtigt, eine genaue Kenntniss des Faserverlaufs und der topographischen Anordnung der Centren voraus.

Ich begnüge mich mit diesem Hinweis auf die Licht- und Schattenseiten der ***Gudden***'schen Methode, mit deren Hülfe er, aber stets kritisch sichtend, zu den folgenden Resultaten kam.

Zunächst erörtere ich die Beziehungen der Grosshirnhemisphäre zu den übrigen Theilen des Centralorgans.

Nach Wegnahme einer Grosshirnhemisphäre incl. des Streifenhügels findet sich keine Spur mehr vom Balken und der vorderen Commissur (131). Fortnahme des Ammonshorns bewirkt ein totales Zugrundegehen der Fornixsäule (178).

Die Abhängigkeit der Grosshirnpyramidenbahn vom Stirnhirn wurde zuerst von ***Gudden*** nachgewiesen; ebenso wie die Abhängigkeit der ***v. Monakow*** sogenannten Rindenschleife vom Scheitelhinterhauptshirn (209). Bei Fortnahme einer ganzen Hemisphäre (mit Einschluss des Corp. striat.) atrophirt der ganze gleichseitige Pedunculus, der in einen lateralen und medialen Theil zerfällt (155). Letzterer hängt vom Stirnhirn ab, der laterale vorzugsweise vom Scheitelhinterhauptshirn, wobei noch erwähnt werden muss, dass

Digitized by Google

Gudden glaubte annehmen zu dürfen, dass der Lobus olfactorius (Lob. pyriformis) ein dem Scheitelhinterhauptshirn zuzurechnendes Gebilde sei (209).

Grosshirnpyramiden und -Schleifenbahn sind die einzigen langen Bahnen, die von der Hemisphäre abhängig sind. Wenn auch *Gudden* an der Möglichkeit, ja selbst Wahrscheinlichkeit festhält, dass noch andere längere Verbindungsbahnen vorhanden sind, so hebt er doch hervor, dass nur die Pyramidenbahn als directe Verbindungsbahn zwischen der Hemisphäre und zwar wiederum nur zwischen der Rinde des Vorderhirns und dem Rückenmarke nachgewiesen ist (219).

In hohem Grade von der Hemisphäre abhängig ist der Thalamus: je vollständiger die Entfernung jener, um so gewaltiger die Atrophie dieses (178, 184). Speciell sind vom Scheitelhinterhauptshirn abhängige Kerne nachgewiesen, so Zellenmassen im Tuberculum anterius (109), ferner das Corpus geniculatum internum (210). Nach Wegnahme der einen Hemisphäre atrophirt auch das Corpus geniculatum internum (184). Sicher aber giebt es im Sehhügel auch Kerne, die nichts mit den Hemisphären zu thun haben, so jene, die durch die Commissura inferior verbunden werden (210).

Weiterhin ist vom Scheitelhinterhauptshirn abhängig der mediale (ventrale) hintere Kern des Corpus mammillare (210). Mit der bezüglichen Zellengruppe im Tuberculum anterius und diesem Kerne geht, natürlich mit dem dazu gehörigen Hemisphärenbündel, dessen Verlauf übrigens noch nicht bekannt ist, auch das *Vicq d'Azyr*'sche Bündel zu Grunde (190).

Der obere Hügel und zwar dessen zweite graue Schicht, ist ebenfalls von der Hemisphäre abhängig (184, 204), wie auch das Hemisphärenbündel des Tractus opticus, das durch die Pedunculi in die Hemisphären eintritt[1]) (134, 184).

Endlich ist noch zu erwähnen, dass ausser der schon genannten Rindenschleife die diesbezüglichen Fibrae arcuatae, die Kerne

---

[1]) Dasselbe, ein immerhin mächtiges Marklager des Tractus opticus und von der Oberfläche des Corpus genicul. externum kommend, tritt in den Fuss des Hirnschenkels ein und lässt sich durch Zerstörung des Chiasmas und der Commissura inferior von Foramen opticum aus isoliren (169. Erklärung zu Tafel XXIX Fig. 2).

Digitized by Google

der Funiculi graciles nnd cuncati grösstentheils vom Scheitelhinterhauptshirn abhängig sind (209).

Nicht beeinflusst wird von der Grosshirnhemisphäre das Corpus striatum. Es entwickelt sich nach Wegnahme einer Hemisphäre anscheinend ohne allen Defect, natürlich mit Wegfall derjenigen Fasern, die mit der entfernten Hemisphäre in Verbindung stehen, sei es, dass sie den Streifenhügel einfach durchsetzen oder aus demselben hervorgehen. Mit anderen Worten: Nur die innere Kapsel atrophirt (178). (Beim Hunde ebenso.)

Gudden hält die dem Corpus striatum selbst angehörigen Bahnen zwischen ihm und den Hemisphären für sogenannte Associationsbahnen (178).

Fortnahme einer Grosshirnhemisphäre mit Einschluss des Corpus striatum bewirkt keine Atrophie des Kleinhirns, der beiden rothen Kerne, der Bindearme, anscheinend auch nicht der Brückenarme der Strickkörper mit seinen drei Zellengruppen (186), ferner des lateralen sowie des medialen (dorsalen) vorderen Kernes des Corpus mammillare (178). Intact bleiben weiterhin die Kerne der Bewegungs- und Sinnesnerven, was auch für Katzen und Hunde gilt (206).

Die Frage, ob man von der Peripherie aus eine Atrophie der Hemisphären herbeiführen könne, entscheidet *Gudden* in negativem Sinne, insofern als man durch Exstirpation von Hirnnerven niemals einen umschriebenen Defect in der Hirnrinde erzeugen könne (203). Nur das scheint sicher zu sein, dass Fortnahme von mehreren Sinnesorganen zu gleicher Zeit ein Zurückbleiben des gesammten Grosshirns zur Folge hat (203), was sich am exactesten durch den verkleinerten Schädelraum und die consecutive Verdickung des Schädeldaches[1]) nachweisen lässt (131).

Nicht zu unterschätzen ist noch folgender Befund bei einem Kaninchen, dem vermittelst eines Eingriffes durch das Foramen opticum in Folge der Zerstörung eines Theiles der inneren Kapsel

[1]) Beiläufig bemerkt, hat *Gudden* experimentell nachgewiesen, dass die Ansicht, es lagerten sich beim Wachsen des Schädels nur von aussen neue Schichten an, eine irrthümliche ist. Die Schädelknochen wachsen von aussen und innen und nicht bloss von aussen und innen, sondern auch, und zwar in sehr entschiedener Weise, interstitiell (128). Vgl. *Gudden*, Experimentaluntersuchung über das Schädelwachsthum. München 1874.

Digitized by Google

die Pyramidenbahn bis auf einen kleinen Rest zerstört wurde, und in dessen Hirnrinde eine fast völlige Atrophie der grossen Pyramidenzellen, ohne nachweisbare Betheiligung der anderen Zellformationen sich vorfand (210).

Der Balken ist ein der vorderen Commissur analoges Gebilde; er ist eine wirkliche Commissur, vorzugsweise der oberhalb des Talamus gelegenen Hemisphärentheile, eine Commissur, in deren Begriff es liegt, dass sie nicht einseitig atrophiren kann (130). Jedenfalls aber lässt die Abtragung der oberen Hemisphärentheile die vordere Commissur, die ebenfalls dem Begriffe gemäss eine wirkliche Commissur und keine Kreuzung (136) ist, intact (130). Sie besteht aus einem vorderen Bündel, das aus den Markmassen des Bulbus olfactorius kommend (136) nach hinten zieht, und aus einem seitlichen Fascikel, das direct aus der Rinde des Lobus pyriformis stammt. Beide vereinigen sich in der Commissur derart, dass letzteres hinter das vordere zu liegen kommt, welches von Fasern begleitet wird, die in keiner Verbindung mit der vorderen Commissur stehend, in das Corpus striatum oder durch dasselbe hindurch noch weiter fliessen. Der seitliche Fascikel der vorderen Commissur wird von einem starken Faserzug begleitet, der von hinten herkommt (128), sowie von Fasern, die aus der äusseren Kapsel des Linsenkerns stammen, welche Faserzüge enthält, die zur Verbindung zwischen Lobus pyriformis einerseits, und den oberen Hemisphärentheilen andererseits beitragen (128). Die vordere Commissur enthält also nur Commissurenfasern (131), welche einerseits die Hemisphärenbestandtheile der beiden Bulbi olfactorii (202) [Olfactoriusantheil der vorderen Commissur], anderseits die unteren Hemisphärentheile, d. h. die Lobi pyriformes verknüpfen.

Wie der Balken und die vordere Commissur, so finden sich auch in den Faserzügen der hinteren Gewölbeschenkel Commissurenfasern der beim Kaninchen in der Mittellinie verwachsenen Ammonshörner. Die ventral von letzteren gelegenen Fasermassen stellen in Gemeinschaft mit den hinteren Gewölbeschenkeln das Corpus fornicis dar, indem die Fimbria gegen die Mittellinie zu unmöglich sich abgrenzen lässt (174).

Ventral vom Corpus fornicis entwickeln sich nach vorne die vorderen Schenkel des Gewölbes oder die Säule, die als Projectionsfasersystem der Ammonshörner aufzufassen ist. Mit Erfor-

Digitized by Google

schung dieses Projectionsfaserzuges hat sich *Gudden* speciell beschäftigt. Noch wenige Tage vor seinem Tode theilte er mir mit, dass er nunmehr im Stande sei, noch ein 5. Bündel der Säule in exacter Weise nachzuweisen.

Vorerst weise ich darauf hin, dass *Gudden* zuerst nachwies, dass die bisher im Corpus mammillare angenommene Schleife der Säule auf einer Täuschung beruhe, dass vielmehr auf — absteigender Gewölbeschenkel von einander getrennte und unabhängige Faserbündel sind (173, 190). Letzteres wird allgemein als *Vicq d'Azyr*'sches Bündel bezeichnet.

Die Fornixsäule besteht ausser dem genannten 5. Bündel aus 4 Fascikeln, dem unteren (hinteren) gekreuzten, dem seitlichen ungekreuzten (= Thalamusbündel der Säule), dem oberen vorderen gekreuzten und dem oberen vorderen ungekreuzten.

Das untere gekreuzte Bündel der Säule (= aufsteigender Gewölbeschenkel) durchsetzt nach vollzogener Kreuzung im Corpus mammillare dieses zwischen seinen medialen und lateralen Ganglien, beugt sich dann knieförmig um, und verläuft dorsipetal nach vorne, um den hinteren Rand der vorderen Commissur zu erreichen (180, 190)[1]). Es enthält Fasern mit relativ starken Markscheiden (181), während das seitliche solche mit dünnen Markscheiden darstellt. Letzteres zieht von dem Querschnitt der Säule lateral in flachem Bogen nach vorne bis zur dorsalen Fläche des Thalamus, wo es allem Anscheine nach in eine medial vom Tractus opticus gelegene Zellgruppe übergeht. Jedenfalls ist dieser Fascikel ein Bestandtheil des Stratum zonale des Thalamus. Das obere gekreuzte Bündel lässt sich nur experimentell durch Ausschaltung des unteren gekreuzten und des Thalamusbündels nachweisen und besteht aus Fasern mit wiederum relativ starken Markscheiden. Woher dieses Bündel kommt, weiss *Gudden* nicht zu sagen. Das obere ungekreuzte Bündel gesellt sich zum Querschnitt des unteren Bündels, nachdem dieses das Corpus mammillare verlassen hat, besitzt relativ dicke Markscheiden (193) nnd lässt sich durch die Durchtrennung der gekreuzten Bündel darstellen (Taf. XXXV).

Die Striae corneae sowie die Taenia thalami haben Nichts mit

---

[1]) Gleiche Verhältnisse bei Maulwurf, Igel, Katze, Affe, Mensch (180), Lamm (175).

Digitized by Google

der Säule zu thun, deren laterales Bündel allerdings die Taenia kreuzt (182). Mit der Zerstörung des unteren Bündels der Säule bleibt auch der von *Forel* als longitudinaler Fornix bezeichnete Längsfaserzug in der Entwicklung zurück (181).

Wie die Säule sich zur Rinde des Ammonshorns verhält, so die Grosshirnrindenpyramide zur Rinde des Vorderhirns und die Grosshirnrindenschleife zu der des Scheitelhinterhauptshirns.

Gudden betonte zu jeder Zeit, dass die schlechtweg Pyramide genannte Bahn auch Fasern enthält, die nichts mit der Rinde zu thun haben. So z. B. erfolgt eine zweifellose Zunahme des Querschnittes der Pyramide in ihrem Durchgange durch die Brücke, die vielleicht aus Zuzügen aus den Brückenkernen abzuleiten ist (186), Rindenpyramide ist nur jenes Bündel, und zwar ein System aus feinen Fasern, das bei den meisten Säugern in voller Isolirung ventral vom Corpus trapezoides liegt. Unterhalb desselben ist die Pyramidenbahn nicht mehr reine Grosshirnrindenpyramide. Nach unten zu werden die Verhältnisse noch complicirter. Durch das Auftreten der Oliven verschiebt sich die Lage dieser Bahn; ventral von der Seite her rückt ein neuer Zug feiner Fasern und verbindet sich in complicirter Weise mit den Pyramiden und kreuzt mit ihnen die Gesammtpyramide der entgegengesetzten Seite. (Ebenso bei Katze und Hund.)

Die Rindenschleife, abhängig vom Scheitelhinterhauptshirn, stellt ebenfalls ein System feiner Fasern dar, im Gegensatze zu einem System stärkerer Fasern, das nichts mit der Rinde zu thun hat, und das sich, lange bevor es den Pedunculus cerebri erreicht, dem andern beigesellt hat. Beide Systeme zusammen bilden die Reichert'sche Schleife (121). Die feineren Fasern lassen sich unter allmäliger Abnahme ihres Querschnittes, der im Pons nahe der Mittellinie ziemlich scharf abgegrenzt ist, bis zum Trapez verfolgen, während das System stärkerer Fasern unter Annäherung an die Mittellinie noch weiter nach abwärts sich verfolgen lässt, um sich dann dorsal von der Pyramide an diese zu legen (177).

Die Grosshirnpyramide durchläuft den Pedunculus cerebri in dessen medialem Theile, der, wie wir gesehen haben, von Stirnhirn abhängig ist, während der laterale Theil desselben vorzugsweise mit dem Scheitelhinterhauptshirn in Beziehung zu bringen ist (209).

Digitized by Google

Der Pedunculus cerebri zeigt bei den Säugern immer zwei Theile, immer sind der laterale und mediale Theil des Pedunculus streng von einander zu trennen. Wenn auch bei den verschiedenen Säugern nicht die Verhältnisse so klar liegen, wie beim Kaninchen, so giebt immer die Einsenkung der *Meynert*'schen Commissur die Grenze der beiden Theile exact an (120, 151).

Diese Commissur liegt in der Mittellinie dorsal vom Chiasma, steigt dann ventralwärts und tritt seitlich und unter dem Chiasma, von dem diese Commissur ebenso wie vom Tractus opticus durch einen schmalen Streifen grauer Substanz getrennt ist, zu Tage und verschwindet, sich verbreiternd, zwischen den beiden Hirnschenkeltheilen, setzt sodann durch den Hirnschenkelfuss in dorsaler Richtung hindurch und biegt dann sofort dorsal um. Wohin? darüber kam *Gudden* über Vermuthungen nicht hinaus (151).

Nicht verwechselt darf diese *Meynert*'sche Commissur mit der *Gudden*'schen Commissur (= Commissura inferior) werden, die ebensowenig als jene mit dem Tractus opticus etwas zu thun hat, obschon letztere innig mit demselben verbunden ist und sich nur experimentell durch Hinwegnahme beider Retinae und einer Grosshirnhemisphäre (184) von ihm trennen lässt (152, 144). Die *Gudden*'sche Commissur, die sich auch bei der Blindmaus und beim Maulwurf findet (144) [beim Eichhörnchen, Iltis, Katze und Fuchs (134) sieht man sie mit blossem Auge; beim Menschen stösst sie in der Mitte an den Opticus, seitlich schiebt sich zwischen ihm und ihr graue Substanz ein (142)] schlägt sich um die Pedunculi cerebri herum und senkt sich zwischen diesen und den Tractus pedunculares transversi in den Thalamus ein (143, 134). Einen sich durch weissere Färbung auszeichnenden Strang derselben sieht man das Corpus genicul. externum umkreisen und allem Anscheine nach mit demselben durch Fasern in Verbindung stehen (134).

Gewisse Kerne des Thalamus sind also durch die *Gudden*'sche Commissur, die daher eine Thalamuscommissur ist (134), mit einander verbunden (210).

Noch möge erwähnt werden, dass in der Mitte des Chiasma, unmittelbar an die *Meynert*'sche Commissur sich anschliessend, Bündel im Tuber cinereum sich vorfinden, die nicht zur Commissur gehören und unbekannt, wohin, sich im Tuber cinereum verbreiten, fraglich, ob sich kreuzend, eine Commissur darstellend (152).

Digitized by Google

Ueber den Thalamus selbst habe ich die Hauptbefunde *Gudden*'s bereits fixirt. Nur noch ein Paar Worte über das Corpus genicul. externum! Um Missverständnissen vorzubeugen, möge gesagt werden, dass beim Kaninchen der laterodorsale Vorsprung des Thalamus schlechtweg als Corpus genicul. externum bezeichnet wird. Dieser Vorsprung stellt nach *Gudden* wahrscheinlich das Homologon des menschlichen Pulvinar dar. Das eigentliche Corpus geniculat. ext. aber ist nur experimentell nachweisbar, und zwar in Form eines schrägliegenden Meniscus, der aussen an jenem Vorsprunge, also an dem schlechtweg genannten Corpus genicul. externum anschliesst. Dieser Meniscus, das eigentliche Corpus geniculat. externum, geht nach Durchschneidung eines Tract. optic. mit seinen Zellen zu Grunde und ist ein Reflexcentrum der Pupille. Der an das eigentliche Corpus geniculat. sich nach innen anschliessende Kern (= Hauptmasse des Corpus genicul. = wahrscheinlich analog dem menschlichen Pulvinar) ist von der Hemisphäre abhängig (189, 201). Aber noch ein zweites Reflexcentrum der Pupille befindet sich wahrscheinlich im Thalamus und zwar in einem Buckel [1]) unmittelbar vor dem oberen Hügel. Möglicherweise aber concurrirt hier statt des Centrums eine Leitung (188, 199). Medial von diesem Buckel und unmittelbar vor der hinteren Commissur liegt das Ggl. habenulae, das mit dem aus dem Ggl. interpedunculare entspringenden *Meynert*'schen Bündel insofern in Verbindung steht, als das Ggl. habenulae, dessen Fortnahme wohl eine Atrophie des *Meynert*'schen Bündels, jedoch keine Atrophie des Interpedunculargangliens bewirkt, nach *Gudden*'s Meinung ein von letzterem erregtes Centrum darstellt (172).

Das *Meynert*'sche Bündel, ganz aus dünnen Fasern bestehend

---

[1]) Nur kurz weise ich darauf hin, dass die *Mendel*'sche Auffassung, gemäss welcher es sich nach der Schilderung *Gudden*'s und den dazu gegebenen Abbildungen bei diesem „Buckel" um das Ggl. habenulae handle (Berliner klinische Wochenschrift, 1889, p. 1029), gerade durch den Wortlaut der *Gudden*'schen Ausführungen und dessen Abbildungen ebenso widerlegt wird (188, 189, 199, 171, 172. Taf. XXIX, Fig. 7 u. 9. Taf. XXXIV, Fig. 4. Arch. f. Psych., Bd. IX. Taf. VII, Fig. 8 u. 9) wie *Mendel*'s Annahme, dass das Ggl. habenulae ein Reflexcentrum der Pupille sei (132, 143 etc. Taf. XV, Fig. 4, 5, 13, 14 u. 15. Arch. f. Psych., Bd. II. Taf. II, Fig. 1. Taf. VI, Fig. 5).

Digitized by Google

(171), verbindet also das Ggl. habenulae mit dem von *Gudden* entdeckten Ggl. interpedunculare (191). In diesen unpaaren Kern, der sehr kleine Zellen besitzt, strahlen, sich pinselförmig in ihm ausbreitend und sich darin verlierend, die beiden Enden der *Meynert*'schen Bündel, die hier marklos sind, ein und kreuzen sich darin (171). Das Ggl. interpedunculare ist ein Gebilde für sich und darf nicht mit der Lamina perforata posterior zusammengeworfen werden (172) [Hund, Katze, Affe, Mensch, Fische und Vögel].

Während wir im Thalamus zwei Reflexcentren für die Pupillarfasern im Opticus kennen gelernt haben, findet sich im vorderen Vierhügel das primäre Sehcentrum (135). Dieses aber befindet sich nur in der allerobersten Schicht seiner grauen Kappe (201). Fortnahme dieses erzeugt Blindheit der anderen Seite (189) und Atrophie der Sehfasern im Opticus (136, 143), während Zerstörung der Netzhaut die oberste Schicht im oberen Hügel atrophiren lässt (133). Die zweite graue Schicht im oberen Hügel, sowie die obere Faserschicht derselben hängt, wie schon bemerkt, von den Hemisphären ab (204).

Trägt man den vorderen Hügel in ausgedehnter Weise ab, so tritt dauernd eine deutlich erkennbare Atrophie des ungekreuzten Brückenarmes zu Tage (186).

An der seitlich oberen Grenze zwischen Thalamus und dem oberem Hügel tritt ein Bündel auf, das sich, lateral und ventral wendend, um den Hirnschenkelfuss schlägt und am medialen Rande des letzteren etwas oberhalb des Oculomotoriusaustrittes wieder verschwindet (119). Es ist das der Tractus peduncularis transversus oder das *Goll*'sche Bündel. Dasselbe ist von der Retina und vom N. opticus abhängig (119, 134, 144, 201) und geht mit Zerstörung dieser Gebilde und zwar proportional (Hund) mit der Grössenentwickelung des gekreuzten resp. ungekreuzten Bündels im Opticus zu Grunde, während die Wegnahme des vorderen Hügels dasselbe unbeeinflusst lässt (144). Nimmt man aber ausser dem oberen Hügel auch den vor ihm gelegenen Buckel weg, wodurch neben Blindheit des entgegengesetzten Auges eine starke Erweiterung der Pupille der gleichen Seite auftritt, so geht auch das *Goll*'sche Bündel derselben Seite zu Grunde (189). *Gudden* blieb es unbekannt, auf welche Weise es mit dem Opticus zusammen-

Digitized by Google

hängt, und wo sich sein Centrum befindet, obschon *Gudden*, wie er sich pleonastisch auszudrücken pflegte, gerade der Erforschung dieses Bündels Hekatomben von Thieren opferte. Das *Goll*'sche Bündel senkt sich zwischen medialem Rande des Pedunculus und dem Pedunculus corporis mammillaris in die Hirnbasis ein (119).

Letztgenannter Fascikel hängt mit dem lateralen Kern des Corpus mammillare zusammen, in dessen Bauverhältnisse *Gudden* grosse Klarheit gebracht hat. Das Corpus mammillare erscheint beim Kaninchen als ein einfacher rundlicher Körper von mehr grauer Farbe, mit zwei kleineren seitlichen Protuberanzen. In jeder der letzteren befindet sich der laterale Kern des Corpus mammillare, der ziemlich grosse Nervenzellen besitzt und sich scharf von den medialen kleinzelligen Kernen abgrenzt (175). Deren giebt es zwei: auf jeder Seite einen ventralen hinteren und einen dorsalen vorderen (191). In den lateralen Kern strahlt der Pedunculus corp. mam. ein, der, das Corpus mammillaris verlassend, sich medial an den Pedunculus anlegt und zwischen diesem und dem *Meynert*'schen Bündel gegen den Pons zieht. Beim Kaninchen, Katze, Hund, Affe, Mensch tritt der grösste Theil der Oculomotoriuswurzel durch den Pedunculus corp. mammill. Oberhalb des Austrittes derselben tritt, wie wir sahen, das *Goll*'sche Bündel zwischen Pedunculus cerebri und Pedunculus corp. mammill.; unterhalb derselben schliesst sich, wie wir auch bereits wissen, ihm medial der Hauptantheil der *Reichert*'schen Schleife an. Ob der Pedunculus corporis mamm. im lateralen Kern entsteht oder endigt, blieb *Gudden* unbekannt (175, 176). Möglicherweise ist der Pedunculus corporis mammillaris nicht der einzige Faserzug, der ins Corp. mamm. geht. Vielleicht geht auch ein Bündel in das Tuber cinereum ein (178).

Der ventrale hintere Kern ist vom Scheitelhinterhauptshirn abhängig (191, 210). Nach Wegnahme des letzteren geht auch, wie wir gesehen haben, eine Zellengruppe im Tuberculum anterius, so wie das *Vicq d'Azyr*'sche Bündel zu Grunde, das vom Tuberculum anterius zur Basis ziehend in den hinteren ventralen Kern einstrahlt (190).

Der dorsale vordere Kern, dessen Zellen viel weniger zahlreich und etwas grösser sind als die des hinteren Kernes, ist das Centrum für das Haubenbündel des Corp. mammillare oder kürzer für das *Gudden*'sche Bündel (192), das sich anfangs medial dem *Vicq*

Digitized by Google

d'Azyr'schen Bündel anlegt, dann nach hinten umbiegend und die *Meynert*'schen Bündel kreuzend, zwischen diesen nach hinten vordringt, wobei die Oculomotoriuswurzeln zur Seite gelassen werden und schliesslich durch die Bündel der Haubenkreuzung gespalten werden, um, sich der Mittellinie nähernd, in zwei neben der Raphe ventral von den hinteren Längsbündeln gelegenen grossen Zellgruppen sich zu verlieren. In derselben Region, nur dorsal vom hinteren Längsbündel gelegen, liegt jederseits ein grosser Kern, dessen Verbindung und Abhängigkeit jedoch gänzlich unbekannt ist (191). Wir nennen diesen Kern den dorsalen *Gudden*'schen Kern, während jener, in den das *Gudden*'sche Bündel einstrahlt, der ventrale *Gudden*'sche Kern genannt wird, der mit seinem Bündel zu Grunde geht, wenn der dorsale vordere Kern im Corp. mam. zerstört wird (191). Letzterer scheint ausserdem noch eine Commissur zu besitzen (180).

In den beiden *Gudden*'schen Kernen, die durch das hintere Längsbündel von einander getrennt sind, haben wir bereits 2 Kerne der Haube kennen gelernt. Ein dritter Kern der Haube ist der rothe Kern. Derselbe besteht aus einem vorderen und hinteren Theile. Letzterer Theil atrophirt, wenn der Bindearm der entgegengesetzten Seite zu Grunde ging, während der vordere Theil erhalten bleibt. Es findet also eine vollständige Kreuzung der Bindearme im hinteren Theile des Kernes statt. Ob auch der vordere Theil mit dem Bindearm in Beziehung steht oder ob hier eine partielle Kreuzung desselben stattfindet, hat *Gudden* nicht entscheiden können (185).

Wie der Bindearm mit der Haube in Verbindung steht, so wahrscheinlich auch der ungekreuzte Theil des Brückenarmes, der zum Theile in oder durch die Haube geht (168). Weiterhin hängen die ungekreuzten Fasern wahrscheinlich zum Theil auch mit dem ventralen vorderen Brückenkerne zusammen (Taf. XXVI, Fig. 3), während die gekreuzten Bündel des Brückenarmes sich mit dem lateralen Brückenkern der entgegengesetzten Seite verbinden (Arch. f. Psych. Bd. 16, S. 211 und Taf. XXVI, Fig. 2). Ueber den dritten Bestandtheil des Brückenarmes, die meist caudal gelegenen Commissurenfasern, liegen keine Mittheilungen vor (186). Ausser dem ventralen vorderen Brückenkern und dem lateralen Kerne findet sich in der Brücke noch ein dorsaler und ventraler hinterer Kern

Digitized by Google

(Taf. XXVI, Fig. 2, ventral von der Pyramide gelegen), der gegenüber den drei anderen Brückenkernen relativ kleine Zellen besitzt und nach Entfernung einer Kleinhirnhälfte auf der gleichen Seite etwas atrophirt (Taf. XXVI, Fig. 2, linker ventraler hinterer Brückenkern).

Die dritte und letzte Verbindungsbahn zwischen dem Centralorgan und dem Kleinhirn ist der Strickkörper, der das Cerebellum mit der Oblongata resp. Rückenmarke vereinigt und aus einem Systeme feinerer und stärkerer Fasern besteht (mündliche Mittheilung). Nach Exstirpation einer Kleinhirnhälfte bleibt ein winziger Rest des Strickkörpers erhalten (185), d. h. das System stärkerer Fasern, das nichts mit dem Kleinhirn zu thun hat und sich bis in die Gegend des motorischen Quintuskernes verfolgen lässt (mündliche Mittheilung). Von Strickkörper sind abhängig der dorsale, laterale und ventrale Kern des Strickkörpers (Taf. XXVII, Fig. 2, 3, 4). Weiterhin fehlen nach Exstirpation einer Kleinhirnhemisphäre der Kleinhirnstrang (Taf. XXVII, Fig. 2, 3, 4, 5) und zwar auf derselben Seite, endlich die untere Olive der entgegesetzten Seite. In keiner Beziehung zum Kleinhirn stehen die oberen Oliven und das Corpus trapezoides. Bezüglich der inneren Abtheilung des unteren Kleinhirnstieles scheint soviel sicher zu sein, dass eine grosse Anzahl von Fasern nicht mit dem Kleinhirn in Verbindung steht (185).

Im Vorstehenden wurde auf die Hirnnerven und ihre Verbindungen nicht weiter Rücksicht genommen. Leider sind viele diesbezüglichen Entdeckungen *Gudden*'s mit ihm zu Grabe getragen worden. In Uebereinstimmung mit den Darlegungen *Forel*'s, dessen Beitrag für die Festschrift zur Feier des fünfzigjährigen Doctorjubiläums *Naegeli*'s und *Kölliker*'s (Separatabdruck. Zürich, Albert Müller, 1891) ebenso wie diese Zeilen dazu dienen soll, *Gudden*'s noch immer nicht in ihrem vollen Umfang gewürdigte, ja vielfach sogar verkannte Untersuchungsmethode wieder einmal in Erinnerung zu bringen, hat *Gudden* stets seinen Schülern gegenüber betont, dass es keine sich kreuzende Hypoglossusfasern giebt, dass der kleinzellige Kern *Roller*'s nichts mit dem Hypoglossuskern zu thun hat, und dass lediglich und einzig allein der dicht ventralwärts vom Centralkanal und von der Rautengrube gelegene Kern der Hypoglossuskern ist, der ebenso wie der Facialiskern eine Theilung in drei Zellgruppen zeigt, eine Dreitheilung, die nach *Gudden* eine

Digitized by Google

tiefere Bedeutung zu haben scheint (213). Er machte stets auf die rosenkranzartig angeordneten Zellgruppen der motorischen Kerne aufmerksam und benutzte zur Demonstration dieser Verhältnisse mit Vorliebe die Zellgruppen des Accessorius vagi et spinalis, insbesonders des letzteren, dessen Bündel zweimal winklig umbiegen und beim Austritt aus dem Marke flussdeltaartig sich zerfasern (Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 43, S. 453). Die rosenkranzartig sich aneinander reihenden Zellgruppen dieses Nerven bilden eine Zellsäule, die im Halsmarke an der Stelle der lateralen Zellgruppen des Vorderhorns *(Waldeyer-Edinger)* beginnt und in einer dorsal und weiter nach vorne in einer lateral vom Hypoglossuskern gelegenen Zellgruppe endigt. Aus dieser Zellgruppe stammen die motorischen Fasern des motorischen Vagus- und Glossopharyngeuskernes (*Forel* l. c. Fig. 1 Vaguskern, Fig. 2 mot. Kern). Die sensiblen Fasern des Vagus-Glossopharyngeus fliessen nach *Gudden*'s Ansicht im sogenannten „Solitärbündel" und sind analog der aufsteigenden Quintuswurzel mit der jenes Bündel umgebenden grauen Substanz zusammenzuhalten. Ich kenne die Präparate *Gudden*'s, in denen nach Ausreissung des Vagus der Nucleus ambiguus atrophirt sich zeigte, und weiss bestimmt, dass *Gudden* der Meinung war, dass die Frage der Zugehörigkeit dieses Kernes zum Vagus noch offen sei; jedenfalls aber hielt er daran fest, dass die Wurzeln und Kerne des Vagus-Glossopharyngeus und Accessorius ebenso wie es beim Hypoglossus und Facialiskern der Fall ist, sich völlig auf der gleichen Seite befinden wie der Nerv. *Gudden* kennt nur 3 Quintuskerne resp. Wurzeln (Arch. f. Psych. Bd. 18, S. 192). Von der absteigenden Wurzel sagt er, dass sie sich ausschliesslich zur motorischen Wurzel begiebt (202), von der aufsteigenden, dass er glaubt, die Bahn gefunden zu haben, die sich von der grauen Substanz dieser Wurzel zur Hirnrinde begiebt, indem sie sich mit derjenigen der anderen Seite kreuzt, sich hierauf eine Strecke weit in die Haube verfolgen lässt und schliesslich sich ausfasernd spurlos verschwindet (202). Sehr häufig zeigte er uns, wie auffallend tief sich die Atrophie des aufsteigenden Quintussystems ins Rückenmark verfolgen lässt (Zeitschr. f. Psych. XLVIII. Taf. I, Fig. 1) und zwar selbst dann, wenn auch nur ein Quintusast durchschnitten ist. Sehr interessirten ihn die Zellen der absteigenden Quintuswurzel und auf seine Veranlassung habe ich ihm 1884 eine Beschreibung dieser

Digitized by Google

Zellen, mit meiner Methode dargestellt, überreicht. Die Resultate eingehender Untersuchungen über den Ursprung des N. acusticus hat *Gudden* nicht veröffentlicht. Lange bevor *Forel* seine Untersuchungen publicirte, hat uns *Gudden* seine Acusticus-Präparate demonstrirt, wobei er immer wieder betonte, dass nur die hintere Wurzel mit dem zu ihr gehörigen vorderen Acusticuskern Hörnerv im engeren Sinne sei und dass das primäre Centrum der Hörnerven das Tuberculum acusticum darstelle (202), während das Centrum für die vordere Wurzel im Kleinhirn zu suchen sei [Taf. XXVII, Fig. 6 (202)]. Auch wies er immer auf die Analogie zwischen Opticus und Acusticus hin hinsichtlich des Systems dicker (reflectorische Fasern) und dünner Fasern [specif.: Sinnesfasern].[1]) Auch *Gudden* hat niemals den grosszelligen sogenannten *Deiter*'schen Kern mit dem Acusticus in directe Verbindung gebracht (202); im Gegentheil gerade an diesem Kerne pflegte er zu demonstriren, wie die rein anatomische Verfolgung eine Faserbahn in eine Zellgruppe ohne Experiment zu Irrthümer führen kann.

Ausserordentlich klar liegen die Verhältnisse bei den Augenbewegungsnerven: Der N. trochlearis kreuzt sich im Velum medullare anterius total (Katze) (211), die Abducentes kreuzen sich gar nicht; deren Kerne liegen im Knie des Facialis. Diese Zellgruppen sind ausschliesslich Abducenskerne. Entfernung eines Facialis lässt sie gänzlich unberührt. Fortnahme eines Abducens führt zu totalem Schwunde des gleichseitigen Kernes; der auf der anderen Seite bleibt völlig intact (183, 214). Die Kerne des Oculomotorius bestehen aus jederseits drei Zellengruppen: also aus je einem dorsalen, ventralen vorderen und ventralen hinteren Kerne. Die Oculomotorii kreuzen sich partiell und zwar in der Weise, dass der ventrale vordere und ventrale hintere Kern mit der gleichseitigen, der dorsale Kern mit der entgegengesetzten Wurzel zusammenhängt.

---

[1]) Hinsichtlich der Verbindungsbahnen zwischen den primären Sehcentren (oberer Hügel, Corp. genicul. ant.) und der Grosshirnrinde sagt *Gudden* wörtlich: „ich bemerke, dass es mir bisher nicht gelang, obgleich ich von dem Vorhandensein eines die Centren des Sehnerven mit der Grosshirnrinde verbindenden Faserzugs überzeugt sein zu müssen glaube (es wäre dieses der eigentliche dem Tractus olfactorius analoge Tractus opticus) einen solchen trotz totaler Atrophie der Centren der einen Seite (Kaninchen) und so viel ich mich bemüht habe, nachzuweisen".

Digitized by Google

Die beiden ventralen Kerne liegen nach vorne, die dorsalen mehr nach hinten (218, 183). Die hinteren Längsbündel stehen zu den Kernen der Augenbewegungsnerven, den Oculomotorius nicht ausgenommen, in keiner Beziehung und mit ihnen in keinem anatomischen Zusammenhang [Maulwurf (215)]. Es fällt auf, dass Kaninchen und Eichhörnchen dicke Oculomotoriuswurzelfasern besitzen, während Hund, Katze, Affe und Mensch feine haben. Trotzdem sind bei den Affen Nerven und Kerne stark entwickelt (215).

Der Sehnerv kreuzt sich bei Mensch, Affe, Hund, Katze, Kaninchen, Wiesel partiell (170, 159). Bei der Ratte habe ich ebenfalls ein sehr kleines ungekreuztes Bündel experimentell dargestellt. Bei Tauben, Hechten und Eidechsen findet eine totale Kreuzung statt (163). Nicht so klar liegen die Verhältnisse bei der Eule (141). Der Sehnerv besteht aus einem gekreuzten und ungekreuzten Sehfaserbündel, aus einem gekreuzten und ungekreuzten Pupillarfaserbündel (reflectorische Fasern). Erstere sind dünne, letztere dicke Fasern. Die reflectorischen Fasern unterliegen, was die Proportionalität der gekreuzten zu den ungekreuzten Bündeln anlangt, denselben Kreuzungsverhältnissen wie die Sehfasern (199). Die Kreuzung aller Bündel vollzieht sich im ganzen Querschnitt des aus dem Chiasma tretenden Nerven, und gekreuztes und ungekreuztes Bündel sondert sich erst nach und nach im Verlaufe des Nerven zur Netzhaut. Der Tractus opticus setzt sich abgesehen von der *Meynert*'schen Commissur aus folgenden Theilen zusammen: 1. und 2. gekreuztes Seh- und Pupillarfaserbündel, 3. und 4. ungekreuztes Seh- und Pupillarfaserbündel, 5. aus der Commissura inferior (= *Gudden*'sche Commissur) und 6. aus dem Hemisphärenbündel des Tractus. Letztere 2 Bündel sowie auch die *Meynert*'sche Commissur und das sogen. Ganglion opticum basale (140) haben nichts mit dem Sehnerven zu thun (140, 168). Beim Kaninchen verläuft das ungekreuzte Bündel lateral, beim Hunde medial (159). Kurz vor *Gudden*'s Tode habe ich auf seine Veranlassung die Präparate eines Hundes geschnitten, bei dem die ungekreuzten Bündel experimentell isolirt waren. Auffallender Weise verbreiteten sich die ungekreuzten Bündel in gleichmässiger Weise über die ganze Retina. Beim Kaninchen ist das ungekreuzte Bündel sehr klein, beim Hunde, der Katze, Mensch relativ gross. Bei der Katze verhält sich gekreuztes zum ungekreuzten Bündel wie 5:3. Je mehr die Gesichts-

Digitized by Google

felder zusammenfallen, um so mächtiger ist das ungekreuzte Bündel (162).

Eine ganz besondere Aufmerksamkeit schenkte *Gudden* dem Riechnerven, weil die Verbindung seines primären Centrums, nämlich die Glomerulischicht des Bulbus olf. (202) [analog der obersten Kappe des vorderen Hügels als primäres Sehcentrum (201) und dem Tuberculum acusticum als primäres Hörcentrum (202)] mit der Hirnrinde im Tractus olf. klar vor Augen liegt (202). Nach seinem Tode fanden sich noch ungezählte das Riechorgan betreffende experimentell vorbereitete Thiergehirne vor. Eine grosse Anzahl lückenloser Schnittreihen in den 3 verschiedenen Ebenen sowohl aus derartigen Gehirnen, wie auch von den Centralorganen exquisiter Riechthiere (Maulwurf, Blindmaus, Igel, Kalb etc.) diente der Erforschung des Riechapparates, dessen Verhältnisse in allererster Linie auf seine Ansicht über die Localisation der Functionen in der Hirnrinde bestimmend einwirkten (209). *Gudden* macht darauf aufmerksam, dass der Geruchsinn bei vielen Thieren, ausser der Rolle, die er bei den meisten Säugern bei der Erregung des Geschlechtstriebs spielt, noch andere wichtige Leistungen zu vollführen hat, ja dass bei einzelnen derselben, wie z. B. dem Igel, dem Maulwurf und der Blindmaus, sich in ihm der grösste Theil des sogenannten psychischen Lebens gewissermaassen concentrirt (125). Daher spricht *Gudden* geradezu von Olfactoriusthieren (117). Als Geruchsorgan bezeichnet er den Nervus, Bulbus und den Tractus olfactorius, in weiterem und vielleicht nicht ausschliesslichem Sinne auch den Lobus pyriformis und die vordere Commissur (125). Je mehr daher der Geruchsinn zu leisten hat, desto mehr sind Nervus, Bulbus und Lobus pyriformis und vordere Commissur entwickelt (125).

Der Nervus olfactorius überzieht in netzartiger Verstrickung den ganzen Bulbus und bildet in dieser Verstrickung die erste Schicht des Bulbus, auf welche die zweite Schicht desselben, die der Glomeruli folgt (125). Jedes dieser kugelförmigen Gebilde wird von einem vogelklauartig sich verästelnden Gefässchen umspült und erhält je ein Nervenbündelchen aus der ersten Schicht. In der Umgebung der Glomeruli finden sich zahlreiche körnerartige Gebilde sowie kleinere und grössere Nervenzellen, welch letztere sich an der Grenze der 3. Schicht — zu einer einfachen Lage

Digitized by Google

sammeln. Diese ist eine Nervenfaserschicht, die ebenso wie die folgenden Schichten im Gegensatz zur Glomerulischicht bereits Bestandtheil der Grosshirnhemisphäre ist (202) und in die vereinzelt grössere und kleinere Nervenzellen sich eingelagert finden. An der inneren Grenze der 3. Schicht findet sich wiederum eine Lage grösserer Nervenzellen, deren Längsaxe parallel mit der Faserung verläuft und die mit diesen Fasern in Verbindung stehen. Die nun folgende 4. Schicht ist die mächtigste und besteht aus 10—12 Lagen grösserer und kleinerer dicht gedrängter nervöser Elemente. Die dem Ventrikel unmittelbar anliegende 5. Schicht ist wiederum eine Faserschicht und zwar eine Schicht von Fasern stärkeren Kalibers, als die Fasern der 3. Schicht, die hauptsächlich aus der 4. Schicht stammen (126). Während die Rinde der Lobi pyriformes sich scharf von der 4. Schicht abgrenzt, sind die Fasern der 5. Schicht von der Markmasse der Lobi anatomisch nicht zu trennen (127), obschon die ersteren nichts mit der letzteren zu thun haben. Die Fasern der 5. Schicht bestehen vielmehr aus denjenigen des Tractus olfactorius und des Olfactoriusantheils der vorderen Commissur, die in einem geschlossenen Bündel durch den Lobus pyriformis ziehend an den Bulbus tritt und hier sich radienförmig entbündelt (Arch. f. Psych. IX, pag. 296), wobei die Tractusfasern unter einem spitzen Winkel gekreuzt werden, welche ebenso wie die Commissurenfasern in der 4. Schicht des Bulbus entspringen, wo aber beide Faserarten mit einander vermischt nicht mehr auseinander gehalten werden können (126). Vom sogenannten Olfactoriusantheil der vorderen Commissur habe ich schon gesprochen — es ist ein Commissurensystem für die Hemisphärenbestandtheile der Bulbi (202). Die Tractusfasern sammeln sich aus den lateroventralen Bulbustheilen in einem flachen Bogen convergirend direct zum Tractus olfactorius (mündliche Mittheil. Arch. f. Psych. IX, 296), während die aus den mediodorsalen Bulbustheilen stammenden Tractusfasern sich gegen die unmittelbar hinter den Hauptbulbis befindlichen und aus denselben 5 Schichten bestehenden Nebenbulbi in ähnlicher Weise zu Bündeln sammeln. Nach Aufnahme der an der unteren Fläche aus den Nebenbulbis entspringenden Tractusfasern biegen dieselben, lateralwärts verlaufend, direct in den Tractus (126). Auf seinem Wege durch den Lobus giebt der Tractus beständig Fasern nach der Lobusrinde

Digitized by Google

ab, wobei natürlich der Querschnitt desselben an Umfang abnimmt (127) und der relativ kleine Rest des Tractus verschwindet in der Gegend der Hackenwindung des Lobus pyriformis seitlich vom Chiasma in die Hirnrinde (126). Diese Abfaserung des Tractus nach der Rinde der Lobus ist namentlich bei den Olfactoriusthieren eine so mächtige, dass sich *Gudden* unwillkürlich im ersten Augenblicke der Gedanke aufdrängte, der ganze Lobus pyriformis sei als Lobus olfactorius aufzufassen. Doch klärten die Schnittserien sehr bald auf, dass eine solche Auffassung unzulässig ist, weil nur die äussere Lage des Lobus pyriformis in unmittelbarer Beziehung zum Tractus steht und sich in sein Inneres von oben her Hirntheile einschieben, die nichts mit dem Tractus zu thun haben. Uebrigens kennzeichnet sich die mit dem Tractus olfactorius direct in Verbindung stehende Rinde des Lobus pyriformis derart, dass im ganzen Bereiche des Eintritts der Tractusfasern und der Zahl dieser entsprechend sich unterhalb des zellenfreien Rindensaumes eine mächtigere Lage grösserer Nervenzellen befindet als unter der ersten Schicht der nicht mit dem Tractus in Verbindung stehenden Hemisphärentheile (127).

An dieser Stelle will ich nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, dass *Edinger* in jüngster Zeit eine Frage in Fluss gebracht hat, die sich auf die Auffassung einer Reihe von bisher unverstandenen Bündeln und Kerne als zum „Riechhirn" gehörig bezieht. Von der Annahme ausgehend, dass die erste in der Wirbelthierreihe auftretende Hirnrinde, nur oder fast nur mit dem Riechapparat verbunden, wahrscheinlich der Ammonsformation der Säuger entspricht und dass die diesbezüglichen Bahnen sich auch bei diesen wiederfinden, ferner dass die Proportionalität der Grössenverhältnisse des Riechapparates einerseits, gewisser Bahnen und Kerne des Zwischen- und Mittelhirns andrerseits auf deren Angehörigkeit zum Riechapparate hinweist, stellt *Edinger* eine Hypothese auf, der zu Folge das „Riechhirn", das einen von den übrigen Rindentheilen des Säugerhirnmantels ganz verschiedenen Rindentheil desselben darstellt, nicht blos eine Reihe von Faserzügen enthält, welche den Rindencentren des Riechapparates angehören, sondern auch seine Fasern bis zum Corpus mammillare und noch weiter caudalwärts bis in die Gegend des Ganglion interpedunculare, vielleicht auch in die Schleife entsendet, während die Taenia

Digitized by Google

thalami aus dem Marke des Riechhirns zum Ganglion habenulae zieht.

Bei der zweifellos ganz hervorragenden Wichtigkeit dieser Hypothese kann ich doch nicht umhin, meine Bedenken dagegen zu erneuern, in der Befürchtung, dass die anatomischen Voraussetzungen, durch welche *Edinger* seine Auffassung zu begründen sucht, doch nicht so völlig erwiesen und unanfechtbar sein dürften, dass man diese weittragenden Schlüsse aus ihnen ziehen kann. Ich habe *Edinger*'s Anschauung über das Riechhirn und dessen Verbindungen deshalb in diese Darstellung hereingezogen, weil *Gudden*, wie ich bereits hervorhob, sich nicht nur speziell mit dem Riechorgan beschäftigte, insbesondere in seinen letzten Lebensjahren, sondern auch gerade der Autor war, der zuerst Klarheit in jene grauen Massen brachte, die zu Folge der *Edinger*'schen Hypothese in Zusammenhang mit dem Riechhirn treten sollen. Ich bin weit davon entfernt etwa damit sagen zu wollen, dass diese Verbindungen nicht existiren, weil *Gudden* trotz seiner langjährigen Beschäftigung mit den hierher gehörigen Hirntheilen dieselben nicht gesehen hat; ich bin nur der Meinung, dass die von *Edinger* gegebene Darstellung des Riechhirns noch nicht so fest begründet ist, dass jeder Zweifel überhaupt ausgeschlossen ist, und will in Folge dessen zu einer erneuten Prüfung der hier einschlägigen Verhältnisse Anregung geben: denn davon bin ich fest überzeugt, dass *Edinger*'s Mittheilungen, falls sie die Feuerprobe der *Gudden*'schen Methode bestehen, einen ganz wesentlichen Fortschritt hinsichtlich der Auffassung der Gehirnarchitektonik involviren.

Ich weise nochmals darauf hin, dass *Gudden* den Olfactoriusantheil der vorderen Commissur lediglich als Commissur der Hemisphärenbestandtheile der Bulbi olfactorii auffasst (136, 202). Von jenem Aste der vorderen Commissur, der durch die äussere Capsel verläuft, wies *Gudden* experimentell nach, dass dieser Ast nichts mit der Commissur selbst zu thun hat (131); vielmehr trägt die Hauptmasse der in der äusseren Capsel verlaufenden Faserzüge zur Verbindung zwischen Lobi pyriform. und oberen Lappen der gleichen Hemisphäre bei (128, 131. Taf. XII, Fig. 10). Weiterhin hielt *Gudden* aufrecht, dass die einzige directe Verbindung zwischen dem Bulbus und den grossen Hemisphären resp. dem Lobus pyriformis, die Tractus olfactorii sind (127). An mehreren Stellen

Digitized by Google

betont *Gudden* die Proportionalität der Grössenentwicklung der Nervi und Bulbi olfactorii einerseits, des Lobus pyriformis, zu dem auch die basalen Theile der Ammonshörner gehören, andererseits (203, 127, 218), jedoch mit dem Vorbehalt, dass der Lobus pyriformis nicht ausschliesslich als Geruchsorgan aufzufassen ist, indem in sein Inneres von oben her sich Hirntheile einschieben, die nichts mit dem Geruchsorgan zu thun haben (127). Auch das sogenannte Ggl. olfact. Luys, beim Menschen der Mandelkern, bei Thieren der mediale Theil des Lobus pyriformis (*Ganser*, Archiv für Psych. IX, pag. 297), der höckrig und etwas erhaben ist und bei der Blindmaus, dem Maulwurf und dem Igel eine ganz ausserordentlich hohe Entwicklung zeigt, ist ebenfalls der Grösse des Bulbus proportionirt, obschon verhältnissmässig nur wenig Fasern vom Tractus olfact. in dasselbe übergehen (127). Das, was *Gudden* Ganglion olfact. nennt, gehört zum Riechfeld *Edinger*'s. Nach dem *Gudden*'schen Satze: „Leiter atrophiren immer" (136, 143), müsste der aus dem Riechfeld entspringende mächtige Faserzug, das Riechbündel des Ammonshorns, atrophirt sein, so oft *Gudden* unter Schonung der Hemisphären die Fimbria vom Ammonshorn abtrennte. Ich führe noch an, dass *Gudden* wiederholt auch den Lobus pyriformis exstirpirt (Arch. für Psych. Bd. IX, pag. 293) und dass er ebenfalls wiederholt nach vollständiger Exstirpation der einen Hemisphäre die entgegengesetzte Säule durchschnitten hat. Endlich möchte ich noch bemerken, dass *Gudden* über vollständige Schnittreihen der 3 Hauptebenen einer ganzen Anzahl von Kaninchen verfügte, bei denen die ganze Hirnrinde mit Ausnahme des Riechfeldes, das wegen seiner Lage bei Exstirpation einer Hemisphäre sehr leicht stehen bleibt, hinweggenommen war. Von der Taenia thalami giebt *Gudden* an, dass er in Folge der zur Atrophie gebrachten ganzen Säule die durch nichts verdeckte Taenia um den medialen Rand der inneren Capsel sich herumwenden und sich hier verlieren sah (182). Von einem Faserzug, der mit der Rinde des Lobus pyriformis in Verbindung steht und den Olfactoriusantheil der vorderen Commissur auf seinem Wege durch den Lobus olf. begleitet, sagt *Gudden* aus, dass er ins Corpus striatum oder vielleicht durch dieses hierdurch zu anderen Hirntheilen sich begiebt (128).

Anknüpfend an die Verhältnisse des Olfactorius streife ich zum

Digitized by Google

Schluss noch die *Gudden*'sche Auffassung über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde, die geradezu durch diese Verhältnisse begründet ist. Das primäre Centrum der Geruchsnerven, die Glomerulischicht des Bulbus, stellt ein selbständiges Sinnescentrum dar, weil es sich nach Abtrennung der Bulbi vom Lobus selbständig entwickelt (Taf. XIII, Fig. 2, 218), und steht in Verbindung mit den Hemisphären lediglich durch den Tractus. Nun aber wird die Rinde der Lobi von dem Nervus olfactorius aus nicht ausschliesslich erregt; denn nach Entfernung beider Bulbi bei einem neugeborenen Kaninchen findet sich zwar selbstverständlich eine Atrophie des Tractus, aber die Lobi haben sich dennoch weiter entwickelt und verhalten sich bei der Untersuchung des erwachsenen Thieres anscheinend ganz normal (209, 218). Würde die Hirnrinde der Lobi ausschliesslich vom Geruchsinn in Thätigkeit versetzt, so müsste sie atrophiren (209). Andererseits herrscht in der ganzen Säugethierreihe ein bestimmtes Verhältniss in der Grössenentwickelung der Lobi, Bulbi und Nervi vor. Je mehr der Geruchsinn zu leisten hat, desto mehr sind diese Theile entwickelt (125). In dieser Proportionalität einerseits, anderseits in der nahezu normalen Entwicklung des Lobus und Atrophie des Tractus, liegt *Gudden*'s Anschauungsweise der Localisationslehre eingeschlossen (203).

Gudden nimmt also ebenfalls an, dass bei normaler Entwicklung und Einübung bestimmte Functionen an bestimmte Theile der Rinde geknüpft sind, nicht aber, dass ein Theil derselben ausschliesslich und erst recht nicht unter allen Verhältnissen ausschliesslich nur für diese eine Function bestimmt ist (218). *Gudden* ist also kein Gegner jeglicher Localisation; im Gegentheil: wie er die Bewegungsvorstellungen im Gebiete des Stirnhirns localisirt, so localisirt er die Empfindungsvorstellungen im Gebiete des Scheitelhinterhaupthirns, zu dem er auch den Lobus pyriformis rechnet (209), der hauptsächlich aber nicht ausschliesslich mit dem Geruchsinn in Beziehung steht (127). Andererseits aber bekämpfte er die Lehre, wonach die Grosshirnrinde gewissermaassen landkartenartig in eine grössere Anzahl von einander scharf getrennter Provinzen mit ganz bestimmter Function eingetheilt wird (200).

Digitized by Google

Ein Fall von sanguinischer Minderwerthigkeit.

Von

Dr. **J. van Deventer,**
Eerste Geneesheer-Directeur te Meerenberg.

Man wird sich erinnern, welch ungeheures Aufsehen im Herbste vorigen Jahres das spurlose und geheimnissvolle Verschwinden zweier Frauen gemacht hat, worüber nicht blos die hiesigen, sondern auch die auswärtigen Blätter ausführliche Berichte brachten. Von der öffentlichen Meinung wurde damals ein gewisser de J., der mit diesen Frauen gelebt hatte, mit deren räthselhaftem Verschwinden in Verbindung gebracht. Gegen diesen de J. wurde kurz darauf ein gerichtliches Verfahren wegen Betruges eingeleitet und eine Untersuchung seines Geisteszustandes den Dr.Dr. *S. J. Halbertsma* zu Rotterdam, *P. Kok Ankersmit* zu Amsterdam und dem Unterzeichneten aufgetragen. Schon im Jahre 1889 hatten die Dr.Dr. *Halbertsma* und *Nolen* zu Rotterdam, wo de J. des gleichen Vergehens angeklagt war, ein Gutachten über seine Zurechnungsfähigkeit abgegeben.

Es erschien dem Unterzeichneten wünschenswerth, den Fall in dieser Zeitschrift zu veröffentlichen, weil derselbe vom klinischen Standpunkte betrachtet Interesse verdient. In meiner früheren Stellung als ärztlicher Leiter des „Buiten-Gasthuis" zu Amsterdam, woselbst Patienten mit sehr verschiedenartigen Krankheiten aufgenommen wurden, und ebenso in meinem Amte als Gerichtsarzt habe ich oft die Gelegenheit gehabt, „minderwerthige" Individuen zu observiren und bin ich allmälig zu der Erfahrung gekommen, dass der „Minderwerthige" den Uebergang bildet zwischen dem normalen Menschen einerseits und dem psychisch-kranken Menschen andrerseits.

Digitized by Google

Unter diesen Minderwerthigen richtete ich meine Aufmerksamkeit ganz besonders auf die „Gefühls-Minderwerthigen“ und hauptsächlich auf die reinen und ungemischten Fälle. Es zeigte sich, dass diese in 4 Gruppen eingetheilt werden können, je nachdem sie den Uebergang bilden:

I. Zwischen dem sanguinisch temperirten normalen Menschen einerseits und dem Maniacus andrerseits, charakterisirt durch Lust und Ungebundensein.

II. Zwischen dem melancholisch temperirten normalen Menschen einerseits und dem Melancholicus andrerseits, charakterisirt durch Unlust und Gebundenheit.

III. Zwischen dem cholerisch temperirten Menschen einerseits und dem Neurasthenicus andrerseits, charakterisirt durch „Uebergefühligkeit“ und die daraus resultirenden Gefühlsäusserungen.

IV. Zwischen dem phlegmatisch temperirten normalen Menschen einerseits und dem moralisch Kranken oder mit anderen Worten moralischen Idioten andrerseits, charakterisirt durch Gefühllosigkeit und das daraus resultirende Fehlen von Gefühlsäusserungen.

Mit Rücksicht hierauf habe ich die Hauptgruppen, in welche die „Gefühls-Minderwerthigen“ eingetheilt werden können, mit den folgenden Namen bezeichnet:

1. Sanguinischer Minderwerthigkeitstypus.
2. Melancholischer Minderwerthigkeitstypus.
3. Cholerischer Minderwerthigkeitstypus.
4. Phlegmatischer Minderwerthigkeitstypus.

Dieser Fall gehört zu der ersten Gruppe, wie eine nähere Betrachtung klar und deutlich lehren wird. Dieselben Erscheinungen, welche bei dem Maniacus angetroffen werden, zeigen sich hier, nur in milderer Form, und ziehen sich wie ein rother Faden durch das ganze Leben des de J. hin. Behufs sicherer Beweisführung ist es nöthig, die Sache in extenso mitzutheilen, doch sind soweit als möglich alle Punkte, die vom klinischen Standpunkte nichts zur Sache thun, weggelassen worden. —

Hier folge nunmehr das Gutachten:

I. Anamnese: Der Vater des Angeklagten de J. starb im Alter von 32 Jahren an Typhusfieber; die Familie seines Vaters war nicht sehr stark. Die Mutter des Angeklagten blieb, als ihr Gatte, ein strebsamer Mann, starb, mit ihren jungen Kindern auf dem Bauernhofe, jedoch ihr unsitt-

Digitized by Google

liches und zügelloses Leben war sicherlich mit ein Grund, dass ihr Geschäft zurückging und sie bald gänzlich in Armuth verfiel. Längere Zeit ging sie mit ihren Kindern betteln. Sie zeichnete sich aus durch ihre sonderbare Kleidung, ihre schwere Stimme und ihr rohes Auftreten als Landstreicherin. Sie war als gefährliches Weib bekannt, welches erklärte, „die schwarze Kunst zu verstehen, und dass sie bei diesem und jenem schon die Kühe bezaubert hätte!“ Kein Wunder, dass man sie als Bettlerin nicht unbefriedigt wegzuschicken wagte. Zwei Brüder des Angeklagten sind im Alter von 21 und 22 Jahren an Schwindsucht gestorben. Der älteste Bruder hatte 9 Kinder, von denen 7 todt sind, die meisten starben an Scropheln. In seiner Geburtsstadt ist er für einen Potator bekannt, „welcher seine Frau schlägt, sich von andern Frauen nicht zurückhalten kann, und ein Frauenschinder ist“.

Angeklagter wurde am 5. October 1861 geboren. Er kam erst am 1. November 1872 zur Schule und musste sich zu Schülern von 6jähriger Lebzeit setzen. Schon 2 Monate später wurde er von der Schulliste gestrichen, da seine Mutter ihn zu Hause hielt, um mit ihm zu betteln. In der Schule war er sehr aufgeregt und unruhig, von beweglichem und aufdringlichem Wesen. Am 26. Juli 1877 starb die Mutter am Typhusfieber im Alter von 41 Jahren, worauf Angeklagter in einem Armenhause verpflegt wurde. Da er damals noch nichts gelernt hatte und zu alt war, um mit kleinen Kindern Unterricht zu bekommen, so erhielt er täglich Stunden und erlernte so, blos während der Wintermonate, erträglich das Lesen und das Schreiben. Auf sein Wort konnte man sich jedoch nie verlassen; stets suchte er womöglich durch Lügen sein Ziel zu erreichen. Schon damals war er von lebendigem und beweglichem Wesen und zeigte eine starke Neigung für die Frauen. Weil er aber sehr unbeständig war und zu keinem Handwerke Lust hatte, so trat er auf sein dringendes Verlangen im Alter von 16 Jahren als Tambour in den Militärdienst ein. Hier war er grob, zeichnete sich sehr bald durch seinen wüsten, ungestümen Charakter aus, machte häufig die Waffen unbrauchbar, so zerschlug er z. B. den Trommelstock und das Trommelfell, so dass er denn auch zum Tambour für ungeeignet erklärt und als Hornbläser versetzt wurde. Er war ein Liebhaber von Frauen und besuchte Bordelle sogar am hellen Tage. In Folge seines sonderbaren Benehmens machte er den Eindruck, als ob er nicht ganz normal war. Später ging er als Hornbläser nach Ost-Indien, wurde jedoch schon am 20. Juni 1883 wegen Asthma verabschiedet und ihm 100 Gulden zum Gehalt zugelegt. Nach seiner Rückkehr nach Holland liess er sich als Maler häuslich nieder; er war sehr anständig im Verkehr, trank nicht, doch konnte man wenig mit ihm ausrichten. Hierauf war er in der Irrenanstalt zu Meerenberg als Wärter im Dienst, erwies sich jedoch bald als ungeeignet für diese Stelle. Dann verzog er nach Utrecht, woselbst er als Maler arbeitete. In einer Nachbarstadt hatte Angeklagter inzwischen Bekanntschaft gemacht mit der damals 19jährigen Louise S.

Digitized by Google

Er gab an, dass er wegen einer Verwundung aus dem Indischen Dienst als Kapellmeister mit einer Pension von 8 Gulden pro Woche entlassen und zu U. auf einem Effectencomptoir thätig wäre und sich eines guten Gehaltes erfreute. Louise S., welche sich mittlerweise mit ihm verlobt hatte, zog, da sie ihm nicht recht traute, über ihn nähere Information ein. Sie begab sich zu seiner Wohnung nach U., sah dort ein Schild vor der Thüre mit der Aufschrift: „H. de J., Decorationsmaler" und hörte von der Frau des Hauses, dass er dieses Fach betrieb. Von derselben Frau vernahm sie aber auch, dass Angeklagter nach seiner Verlobung mit ihr ein anderes Mädchen hätte sitzen lassen und dass er gegenwärtig Portier im Irrenhause zu U. wäre. Sie löste sofort ihre Verlobung mit ihm auf. Nach ihrem Zeugnisse war er sehr freundlich und nett, jedoch lügnerisch, stets unruhig und unbeständig; zur Charakteristik seiner Person theilt sie noch mit, dass Angeklagter, gerade weil sie grosses Zartgefühl besass, dicht vor ihren Augen einem Huhne den Kopf abschnitt, dass er ferner in Gegenwart des Untersuchungsrichters sich so darstellte, als ob er schwer an Asthma litte, während er doch gleich darauf, als er mit ihr allein war, ganz geläufig sprechen konnte, und dass er ihr endlich einen Brief an die Redaction einer Zeitung einhändigte, den er sie heimlich an genannte Adresse zu besorgen bat.

Aus seiner Stellung im Irrenhause zu U. wurde de J. schon nach 3 Wochen wegen Einführens von starkem Getränke entlassen. Seit dem 27. Februar 1887 bis 14. September 1887 war er wieder als Hornbläser im Ost-Indischen Dienste und wurde mit einer Pension von 100 Gulden pensionirt. Nach Holland zurückgekehrt, machte sich Angeklagter zu N., wo er mit einem Mädchen Verkehr angeknüpft hatte, des Diebstahls schuldig. Gerade um diese Zeit wurde für ihn die Hilfe des Dr. N. wegen Auftretens eines heftigen Anfalles von Convulsion in Verbindung mit Zähneknirschen und clonischen Krämpfen angerufen; obwohl Angeklagter sich seit jenem Tage ziemlich normal fühlte, wurde doch die Ueberführung in ein Irrenhaus für nöthig erachtet, weil aus den Angaben des Angeklagten selbst hervorzugehen schien, dass er früher in den Irrenanstalten zu Meerenberg und Utrecht behandelt worden wäre, und dass er in Indien an den Folgen eines Sonnenstiches gelitten hätte. In die Anstalt zu Coudewater aufgenommen, zeigte de J. durchaus keine krankhaften Erscheinungen, erwies sich als tüchtiger Arbeiter in Kupfer-, Blech- und Zinnarbeiten und erklärte, niemals in einem Irrenhause behandelt worden zu sein; drei Wochen später wurde er als nicht geisteskrank entlassen.

Kurz darauf verzog de J. nach A. und redete die 22jährige Johanna E. auf der Strasse an, während sie zur Kirche ging; er sagte, er wäre pensionirter Sergeant des Ost-Indischen Heeres; kurz, er wusste durch allerlei schöne Redensarten ihr Vertrauen zu gewinnen. Die Folge war ein Umgang, worauf er sie verführte und Johanna niederkam, zu einer Zeit, wo Angeklagter sie bereits verlassen hatte. Nach ihrer Aussage war de J.

Digitized by Google

ein grosser Lügner, sehr raffinirt und aussergewöhnlich eitel; so putzte er sich z. B. mit Spazierstock und Lorgnette. Am 31. October 1888 ging er nun mit Johanna E. nach dem Haag unter dem Vorwande, dass sie am nächsten Freitag gerichtlich sich würden trauen lassen; dort brachte er seine Braut nach einer Wohnung, wo er sie jedoch nur bei Tage besuchte, unter dem Vorgeben, dass er des Nachts zu R. beschäftigt wäre. Es kam ihr jedoch zu Ohren, dass Angeklagter es im Haag mit einer anderen Frau hielte, welche ein Cigarrengeschäft betrieb. Sie begab sich hierauf nach deren Wohnung, wurde jedoch von dem Angeklagten selbst hinausgeworfen. Die obenerwähnte Dame hatte de J. ungefähr im August 1888 kennen gelernt; er kam damals in den Laden, führte allerlei schöne Gespräche, sagte, dass er ein grosses Café etabliren wollte, 40 Gulden wöchentlich verdiente, Capital besässe, Leiter eines Geschäftes wäre, liess einen diesbezüglichen Stempel sehen u. a. m.

Aus näheren Informationen ergiebt sich, dass Angeklagter von Mai bis Juli 1888 ungefähr 10 Wochen lang als Anstreicher arbeitete. Er kam stets in eleganter Herrenkleidung zur Abeit, zog sich dort seinen Arbeitskittel an, war gegen seine Kameraden freigebig, jedoch ein Lügner, Unruhstifter und Schwätzer. Bei einem Photographen, bei welchem er gleichfalls arbeitete, liess er sein Portrait machen in der Kleidung als Herr; er gab an, dass er in Ost-Indien gewesen wäre und Geld besässe; er machte viel Aufregung. Nach Aussage seines Wirthes lebte de J. sehr unregelmässig, war er raffinirt und ein Schwätzer.

Alsbald war de J. mit Fräulein Sch. auf sehr intimem Fusse, gab das Anstreichen auf, erklärte, er wäre Häusermakler und nahm bei ihr Wohnung. Es kamen wiederholentlich Briefe für ihn an, welche den Auftrag enthielten, für diesen oder jenen Kunden ein Haus zu kaufen. Angeklagter ging auch wirklich drei Mal auf Reisen, um, wie er sagte, ein Haus für einen seiner Kunden zu kaufen, und liess sich jedesmal von ihr 25 Gulden für Reisekosten mitgeben. Obschon er angab, grosse Summen zu besitzen, so liess er doch stets sie bezahlen. Da de J. ihr versprochen hatte, er werde sie heirathen, nachdem die gesetzliche Scheidung vollzogen sein würde, so vertraute sie, dass wohl alles ins Reine kommen werde. Nachträglich kam sie zu der Ueberzeugung, dass obenerwähnte Briefe vom Angeklagten selbst geschrieben waren.

Ungefähr im December 1888 wurde das Cigarrengeschäft dem Herrn B. für 390 Gulden übergeben, woran sich de J. eifrig betheiligte. Hierauf ging Angeklagter mit Fräulein Sch. über Antwerpen nach Amsterdam. Bereits im Haag hatte sie ihn im Verdacht gehabt, dass er sie bestehle. Endlich kam sie in dieser Beziehung zur Gewissheit, worauf sie es für rathsam erachtete, ihr Vermögen, welches von 1600 Gulden auf 450 Gulden zusammengeschmolzen war, auf die Sparkasse zu bringen. Hierauf verliess sie de J. im Januar 1889. Kurz darnach empfing sie ein „Handelsblad", worin de J. als nach Algier abreisend, von ihr Abschied nahm. Ange-

Digitized by Google

klagter wusste während seines Verkehrs mit ihr aus Allem Nutzen zu ziehen. So rechnete er ihr für Verzollung und Expedition der Möbel von Antwerpen nach Amsterdam 70 Gulden anstatt 6,90 Gulden. Auch sie hält de J. für einen verschmitzten Betrüger, welcher gern den grossen Herrn spielen wollte. In der letzten Zeit trank er viel Cognac und war er häufig betrunken.

De J. verzog nun nach Rotterdam und nahm als „Hofmeister der Red star line" seinen Aufenthalt im „Zeemannshuis". Auf den Buchhalter machte er einen sonderbaren Eindruck, er empfing und schrieb viele Briefe, augenscheinlich an seine eigene Adresse. Auf den Director machte er den Eindruck eines Grosssprechers, Schwindlers und Betrügers; er schien im Besitze von viel Geld zu sein; er behauptete, sich 1600 bis 1700 Gulden erspart zu haben. —

Ungefähr im Januar 1889 rückte Angeklagter eine Annonce ein, in welcher er eine junge Frau oder Wittwe suchte, und angab, 2800 Gulden Gehalt zu haben. Auf diese Weise machte er Bekanntschaft mit Anna D. zu Amsterdam, einem Mädchen von 17 Jahren, welche Anfangs lediglich zum Scherz auf die Annonce antwortete. De J. gab an, Administrator in dem Effectencomptoir von Dukeroo zu sein, einer fingirten Firma zu R., kurz er verstand durch allerlei schöne Redensarten alsbald ihr Vertrauen zu gewinnen und dasjenige ihrer Mutter, einer Wittwe, welche etwas Capital besass, das auf dem Bureau eines Notars deponirt war. Bald folgte ihre Verlobung und schon am 21. März die Hochzeit. Inzwischen hatte Angeklagter theils vor, theils nach der Hochzeit die Mutter zu bewegen gewusst, ihm ihr ganzes Capital — 7000 Gulden — zu übergeben, um dasselbe in für sie vortheilhafterer Weise auf dem sogenannten Effectencomptoire unterzubringen. Er hat sich damit theils eingerichtet, theils es zu grossen Verschwendungen verwendet. An Stelle des in solcher Weise der Besitzerin abgeschwindelten Capitals hat er ihr einige Papiere gegeben, angeblich Antheile an dem garnicht existirenden Handelsgeschäfte. Diese werthlosen Papiere hatte er drucken lassen und mit einem fingirten Namen unterschrieben.

Kurz vor der Trauung war seine Braut mit ihrer Mutter auf seinen Rath nach Rotterdam verzogen. Da seine Schwiegermutter, die Anfangs von ihm ganz verblendet war, zuletzt argwöhnisch wurde, so ging sie zu einem ihr bekannten Comptoir, um sich zu informiren, ob diese Papiere echt wären, worauf sie das Gegentheil hörte. Auf ihre Anklage hin wurde darauf de J. am 18. April 1889 verhaftet; beim Durchsuchen seiner Kleider fand man zwischen dem Futter seines Cylinderhutes Geld im Werthe von mehr als 5000 Gulden. Er versuchte bezüglich des Ausfüllens der werthvollen Papiere die Schuld zu schieben auf einen gewissen Dukeroo, „den grossen Unbekannten". Seine Frau, die auf Grund von Ehebruch von ihm geschieden ist, erklärt, sie hätte ihm nie vertraut, und ihn denn auch lediglich auf Drängen ihrer Mutter geheirathet, die durch seine schönen

Digitized by Google

Redensarten ganz verblendet gewesen wäre. Während ihrer Verlobung hatte sie den Angeklagten einmal zu R. besucht, worauf er ihr einige Häuser zeigte, in welchen sich die Comptoirs des genannten Dukeroo befinden sollten. Auch besuchte er damals mit ihr das „Zeemanshuis“ und gab an, dass auch dort jene Firma etablirt wäre. De J. fühlte sich gegenüber seiner Schwiegermutter augenscheinlich ganz in seiner Stärke; so wollte er einmal von seiner zukünftigen Schwägerin, der Frau eines Lehrers, die 800 Gulden abholen, die sie ihrer Mutter schuldig war. Einige Werthobjecte nahm er schon im Voraus mit, um es, wie er sagte, seiner Schwiegermutter beim Umzuge bequem zu machen, in Wirklichkeit jedoch, um sie zu Gelde zu machen. Angeklagter ging äusserst fein gekleidet, er prunkte mit einer Lorgnette und einer goldenen Taschenuhr mit Kette und Medaillon, welche er, wie er angab, von Dukeroo zum Geschenk empfangen, weil er ihn und seine Frau von einem gewissen Tode gerettet hätte; eine Widmung auf dem inneren Deckel sollte dies vermelden. Bereits während dieser Zeit seiner Verlobung lieh er von seiner Schwiegermutter Geld mit dem Versprechen, es am folgenden Tage zurückschicken zu wollen; anstatt des Geldes sandte er jedoch ein Telegramm, dass der Comptoirlehrling Geld gestohlen, und die Sache in Händen der Polizei wäre. Kurz vor der Hochzeit hatte seine Schwiegermutter ihn im Verdacht, dass er 10 Gulden gestohlen hätte. Der Angeklagte sprach die Vermuthung aus, dass ein Schuhmacher, bei dem Einkäufe gemacht worden waren, 10 Gulden zu viel empfangen haben könnte und sagte, er werde die Sache untersuchen. Er machte sich sogleich mit seiner Braut auf den Weg zu dem Schuhmacher, kehrte jedoch unterwegs in einem Café ein und tractirte seine Braut mit einem Glase Punsch, in welches er, nachdem er die Aufmerksamkeit seiner Braut für einen Augenblick abgelenkt hatte, wie sie sagt, ein betäubendes Mittel hineinwarf; während sie nun ihr Bewusstsein verlor, ging de J. zu dem Schuhmacher und überredete ihn, zu erklären, dass er wirklich 10 Gulden zu viel erhalten hätte, was der Schuhmacher zu thun bereit war, nachdem er von de J. genannte Summe bekommen hatte. — Angeklagter wollte Anfangs mit einem Vierspänner zur Hochzeit fahren, liess sich jedoch von dem Stallmeister überreden und gab sich mit einem Zweispänner zufrieden. Bei dem Hochzeitsmahle im Hotel war ausser seiner Schwiegermutter und seinem Schwager auch die Putzmacherin anwesend, welche das Brautkleid angefertigt hatte. De J. hatte sie zu kommen überredet durch das Versprechen, er werde bei dieser Gelegenheit die Rechnung bezahlen, was er auch wirklich that.

Der Angeklagte nahm nach der Hochzeit eine Landwehrsofficiersuniform nach Antwerpen mit und trug sie auch wirklich im Theater: er behauptete, diesen Rang zu bekleiden. Von seinem Principal wollte er 6 Wochen Urlaub erhalten haben, und auf dessen Kosten, sagte er, dürfe er eine Hochzeitsreise machen. In A. versuchte er, laut Aussage seiner Frau, sie von einem Balcon hinabzustossen, und als seine Schwiegermutter er-

Digitized by Google

schrocken herbeieilte, that er, wie wenn er sie im Gegentheil festhalten wollte, als sie unglücklicherweise herabzufallen im Begriffe war. Ein oder zwei Mal ertappte sie ihn dabei, wie er so gleichsam zum Scherze ihrer Mutter etwas in den Mund stecken wollte, welches er in verdächtiger Weise aus der Tasche hervorgeholt hatte. Sie verhinderte es, weil sie ihm nicht traute. Wenige Tage vor der Verhaftung brachte Angeklagter Klötze, welche für den Herd zu gross waren, nebst 8 Litern Petroleum auf den Boden, und wollte dann mit der Familie auf Reisen gehen. Zuvor hatte er das Mobiliar bei einer Versicherungs-Gesellschaft viel zu hoch versichert.

De J. war im Allgemeinen gegen seine Frau gut, jedoch hitzig; nicht selten hatten sie Streit, weil Angeklagter z. B. nicht haben wollte, dass sie einen Brief schriebe. Einmal drehte er ihr im Zorne die Hand um und schüttelte sie so gewaltig, dass sie zu Boden fiel. Kurze Zeit vor der Verhaftung wollte er alle Werthobjecte in den Geldschrank einschliessen, was seine Schwiegermutter jedoch verweigerte. Als er gar Kleider aus dem Hause schaffen liess, sah sie ein, dass er sie verlassen wollte. Bis zuletzt gab er sich den Anschein, als ob er bei Dukeroo in Stellung wäre; er empfing ein Telegramm, dass der Contract in Ordnung wäre und er nach dem Comptoir kommen sollte; er schickte, während er sich selbst im Wagen versteckt hielt, an seine Adresse mit dem Kutscher die Meldung, dass er zu D. kommen sollte, er prahlte, mit diesem so intim zu sein, u. a. m. In der letzten Zeit war Angeklagter ein einziges Mal betrunken, zuweilen litt er kurze Zeit an Asthma. In einem Café zu R. machte er nach seiner Verheirathung verschwenderische Ausgaben, stempelte mit seinem Namensstempel als Administrator alle in seinem Besitze befindlichen Gegenstände, sogar die Schürze der Buffetmamsell, zog aus der Tasche Papier- und anderes Geld hervor, kurz er war ungeheuer prahlerisch. Der Angeklagte sagte, er werde eine Societät pachten, ein Effectencomptoir eröffnen u. a. m. Am Tage der Verhaftung war er leicht betrunken, sprach von Pfändern im Werthe von 3500—4000 Gulden, von Geld, welches er auf seinen Reisen verdient hätte und suchte sich, soviel als möglich, frei zu machen. In dem interimistischen Untersuchungsgefängnisse simulirte er Geisteskrankheit, weshalb er in das Irrenhaus überführt wurde, jedoch vermochte er die Sachverständigen auch nicht einen einzigen Augenblick auf einen Irrweg zu leiten. In der ersten Verhandlung vor dem Gerichte zu R. und später in höherer Instanz vor demjenigen zu G. wurde er wegen Betruges zu 2 Jahren 6 Monaten Gefängniss verurtheilt. Während seines Aufenthaltes in dem gemeinschaftlichen Gefängnisse zu H. war er stets ein eifriger Arbeiter und so zu sagen für jede Beschäftigung zu gebrauchen. Er verstand sich u. a. auf Möbliren, auf Blecharbeit, Anstreichen, Barbieren, und wenn auch ein erfahrener Arbeiter daran viel auszusetzen haben dürfte, waren seine Leistungen doch hinlänglich brauchbar. Er erzählte dem Director, dass, als er eines Tages mit einem Freunde in einem

Digitized by Google

R. war, sie sich verabredet hätten, eine Heirathsannonce einzurücken und die Antworten sammt den Portraits, die daraufhin eingehen würden, gemeinschaftlich zu theilen: eine Folge hiervon sei seine Verheirathung mit Fräulein D. gewesen. De J. war stets ausserordentlich höflich und schlau, fragte man ihn etwas, was sich auf sein früheres Leben bezog, so blieb er die Antwort mit einem Lächeln schuldig. Aus dem Gefängniss schrieb er viele Briefe an seine Familie, sogar an den Schwager seiner Frau. Angeklagter wollte mit dem letztgenannten Schwager gern correspondiren, wiewohl er ihn niemals gesehen hatte. Gegen die von seiner Frau beantragte Ehescheidung hatte er keine Einwände; er selbst fand es rathsamer, dass er nach seiner Rückkehr in die menschliche Gesellschaft ganz frei wäre. Aus dem Gefängnisse entlassen, wohnte Angeklagter 2 Monate lang in Utrecht, knüpfte alsbald mit seiner obenwohnenden Nachbarin (43 Jahre alt) Bekanntschaft an und erklärte, Decorationsmaler zu sein. Auf Veranlassung des Angeklagten wurden bald die Papiere für die gerichtliche Trauung in Ordnung gebracht. Währenddessen vermisste die Braut aus einem Geldschranke 50 Gulden; als sie den Angeklagten hierüber zur Rede stellte, rieth er ihr, darüber nur nicht zu sprechen, da man sie auslachen würde. Er schenkte ihr einen vollkommen werthlosen Diamantschmuck. Nie stellte er an sie ungehörige Anträge. Er verreiste plötzlich, nachdem er erzählt hatte, dass er von seiner Tante ein Telegramm empfangen hätte, und kam seitdem nicht wieder.

Am 22. Juli 1892, zu welcher Zeit de J. noch in U. wohnte, besuchte er den Hotelier K. zu A., bei dem er einmal 4—5 Tage logirt hatte; er war in der Kleidung eines Colonials und sagte, er käme aus Indien, woselbst er als Unterofficier und Landmesser wegen einer Kugelwunde in seinem Beine verabschiedet wäre. Auf die Bitte des Angeklagten nähte die Tochter K.'s einen losen Chevron an seinen Oberrock an. Seitdem kam er hin und wieder zurück; beim letzten Male erzählte er, er wäre Landmesser 3. Klasse. Den darauf folgenden Besuch hatte er zuvor schriftlich angekündigt. Er gab an, Reichslandmesser 1. oder 2. Klasse zu sein; ausserdem Amateur-, Natur- und Decorationsmaler; er wohnte zu U. auf einem möblirten Zimmer. Angeklagter bat mit der Tochter spaziren gehen zu dürfen, trug ihr unterwegs die Ehe an und drang auf schnelle Entscheidung, da er, ebenso wie sein Vater, bald heirathen wollte. Ungefähr 5 Tage später besuchte K. den Angeklagten zu U. Angeklagter holte K. von der Bahn ab, führte ihn in die Gesellschaft „Tivoli" ein, wo er als Landmesser freien Zugang hätte, und erwähnte auch nicht mit einem einzigen Worte seine Scheidung. 2 Tage später erhielt er das Jawort. Er gab sich für einen vermögenden und angesehenen Mann aus, liess z. B. seine Braut ein Papier vorlesen, welches mit Siegeln versehen war, und worin geschrieben stand, dass sein Vater Seeofffcier gewesen wäre, sich später der Kauffahrtei gewidmet und dem Angeklagten und dessen Schwester verschiedene Landgüter hinterlassen hätte, von denen sie zusammen 40 Gulden

Digitized by Google

per Woche bezögen. Der Notar Dikselette, eine fingirte Person, sollte diese Güter verwalten. Auf seine Bitte schrieb die Braut einen Brief an diesen Notar, worin de J. bat, ihm mit Rücksicht auf seine bevorstehende Verheirathung einen Credit von 3000 Gulden zu bewilligen, gegen jährliche Rückzahlung von 500 Gulden. Die Antwort, welche der Angeklagte vorlas, lautete günstig. Später zerriss er dieselbe. Auf diese Weise gelang es dem Angeklagten, K. zu bewegen, ihm nach und nach Geld bis zum Betrage von 100 Gulden zu leihen. Erst lieh K. ihm 25 Gulden, als er vor Antritt einer Reise sein Portemonnaie verloren hatte. Dann empfing de J. 40 Gulden auf Vorschuss; ein drittes Mal 35 Gulden; damals sagte er laut K.'s Aussage: „Ach, Papa, geben Sie mir noch 35 Gulden, dann sind die 100 Gulden gerade voll." Angeklagter sprach den Wunsch aus, an seinem Geburtstage, dem 5. October, die gerichtliche Trauung zu vollziehen. Unterdessen theilte er mit, dass er als Landmesser nach H. versetzt wäre. Mit seiner Braut reiste er darauf nach H., um eine Wohnung zu miethen; er müsste für sein Maleratelier ein Zimmer nach der Nordseite haben. Um bürgerlich zu beginnen, genügte ihm für den Anfang eine Wohnung für 500 Gulden. Er behauptete, sehr gut 20 Gulden in einer Woche bezahlen zu können. Seiner Braut spiegelte er vor, sie würden eine Hochzeitsreise nach England, Frankreich etc. machen. — Am 6. September ging de J. zu H. mit einem deutschen Rechtsanwalt aus. Beide befanden sich am Abende in ziemlich angeheitertem Zustande; der Deutsche beklagte sich später, dass er all sein Vermögen losgeworden war. — Nach K.'s Aussage machte Angeklagter den Eindruck einer soliden Person; er war stets anständig, niemals betrunken, voller Aufmerksamkeit, wusste anziehend zu sprechen und wurde auf der Strasse von Officiren gegrüsst; manchmal sprach er heiser und rauh. Die gerichtliche Trauung wurde vom 5. auf den 7. September verschoben, weil die Papiere des Angeklagten nicht in Ordnung waren. Er behauptete, dass sein Principal sich darüber ärgerte, dass die Trauung verschoben wurde, weil er darum zwei Tage länger Urlaub haben müsste: das sei „ein Diebstahl am Lande verübt". Wäre Angeklagter nicht zum Minister gegangen, um für sein Interesse zu sprechen, so wäre er sicherlich entlassen worden; nun wäre er glücklicher Weise mit Zurückweisung vom Dienste für 2 Jahre davongekommen. Angeklagter beruhigte jedoch seinen zukünftigen Schwiegervater damit, dass er diese 2 Jahre ganz gut von seinen Landgütern und seinem Malergeschäfte würde leben können. In G. hätte er noch 3 Gemälde stehen, in welcher Angelegenheit seine Braut nur sofort einen Brief schreiben sollte. Ein paar Tage später erzählte er, dass er im Haag ein Malergeschäft übernehmen könnte. Mittlerweile war seine Braut von einer Dame, die ihnen auf der Strasse begegnet war, vor ihm gewarnt worden. Kurz darauf sagte er, er müsste nach dem Auslande gehen behufs Vervollkommnung seiner Malerkunst; nunmehr wäre Licht in sein Leben gekommen. Seine Braut müsste er vorläufig zurücklassen; er werde ihr 50 Gulden à 60 Gulden per Woche geben. Seit dem

Digitized by Google

27. October 1892 kam de J. zu der Familie K. nicht wieder. Aus Ymuiden empfing seine Braut noch eine Postkarte von ihm, späterhin Briefe aus Middlesborough, Neapel und Calcutta. Auch wurde ihr ein Brief übersandt, der in einer Flasche in der See zu Fécamp ans Ufer gespült war!

Angeklagter läugnet entschieden, dass er K. Geld schuldig sei, wohl habe er einmal 25 Gulden empfangen, dies Geld jedoch sofort zurückgegeben. Alle diese Angaben seien lügenhaft, allein aus Rachsucht hervorgegangen, weil er seine Braut hätte laufen lassen, da sie es mit einem Sergeanten gehalten hätte. —

Am 2. November 1892 wurde de J. als Chefsteward für das englische Schiff Lowther Castle angeworben. Auf der Hinreise nach Calcutta wurde er zu M., woselbst das Schiff einige Zeit lag, wegen Asthma im Hospitale verpflegt. Dort machte er Bekanntschaft mit der Krankenpflegerin Sarah J. und versprach ihr, sie nach seiner Rückkehr aus Calcutta zu heirathen. Im April 1893 aus dem Seedienste wegen Asthma entlassen, kehrte er nach England zurück und besuchte mit seiner Braut deren Eltern, denen er sich als einen bemittelten Mann vorstellte und erklärte, er wollte ein Café oder Hôtel kaufen. Am 15. Juni 1893 wurde die Hochzeit gefeiert. Obwohl de J. angab, kein Geld von seinem zukünftigen Schwiegervater erhalten zu haben, so erkennt er doch an, von demselben im Ganzen 20 Pfund Sterling geliehen zu haben. Nach der Hochzeit reiste Angeklagter mit seiner Frau über London nach dem Continent; hierzu setzten ihn laut seiner Aussage seine eigenen Mittel in Stand, da er in Calcutta 20000 Gulden gewonnen hätte in einer Spielbank, bezüglich deren er jedoch weder die Adresse, noch sonstige Informationen geben zu können erklärt. Auf dieser Reise kamen sie auch nach Düsseldorf; hier soll seine Frau mit einem reichen Amerikaner, dessen Bekanntschaft sie in Arnhem gemacht, unter Mitnahme von 900 Gulden, die er ihr gegeben, plötzlich verschwunden sein. Nach seiner Angabe sollen die beiden eine Bootfahrt von Arnhem nach Düsseldorf am 7. Juli unternommen haben, eine offenbare Lüge, da nach amtlichen Mittheilungen an jenem Tage wegen zu niedrigen Wasserstandes kein Schiffsverkehr zwischen den beiden Plätzen stattgehabt hat. Um sie zu suchen, will Angeklagter sich nach Rotterdam und Antwerpen begeben haben; dann brachte er 4 bis 5 Tage bei seinem Bruder zu Arnhem zu, worauf er seine Wohnung in Amsterdam nahm. Er suchte wiederum eine Stelle als Hofmeister.

Nach anderen Informationen logirte Angeklagter mit seiner Frau in einem Hôtel zu A. Dort war er voller Aufmerksamkeit für seine Frau, so sorgte er z. B. für Blumen: sie waren sehr fröhlich, tanzten nach dem Tact einer Leier, während er Geld aus dem Fenster warf; er war aber ein gewaltiger Aufschneider. Später logirte er nochmals in demselben Hôtel; beim ersten Male war er viel freigebiger gewesen, als beim zweiten Male. Am 8. Juli kam de J. in das Hôtel C. zu Arnhem mit 3 Koffern auf einem Handwagen; er sagte, er käme aus Antwerpen und sollte eine

Digitized by Google

Kirche anstreichen; seine Frau wäre vor 14 Tagen im Wochenbette gestorben. Er veräusserte Linnen, silberne Löffel und andere Gegenstände, die — wenigstens theilweise — von Sarah J. herstammten. Bei einem solchen Verkaufe gab de J. an, Doctor in der Naturgeschichte zu sein, und das Stück Linnen zum Messen bei seinen naturgeschichtlichen Studien zu gebrauchen. Noch sei erwähnt, dass Angeklagter den Beinamen „der verrückte Doctor" führte, weil er so unruhig war und so viel Aufregung verursachte.

Am 13. und 16. Juli 1893 treffen wir Angeklagten wiederum in einem Café zu Amsterdam, wo er sich durch ausgelassene Fröhlichkeit auszeichnete, weil er „wieder festen Boden unter seinen Füssen fühlte, nachdem er eine Reise nach Ost-Indien gemacht hätte". Dort liess er 2 Koffer zurück, welche Kleidungsstücke enthielten, die er nach seiner Angabe von einer alten an Bord verschiedenen Dame zum Geschenke erhalten hätte. Auch hier verkaufte er mehrere Kleidungsstücke, die jedenfalls zum Theile von Sarah J. herstammten. In der zweiten Hälfte Juli wurde Angeklagter mehrmals in Gesellschaft von zum Theile verdächtigen Frauen angetroffen. Im August hörte Angeklagter in einer Schenke von dem Bruder des Besitzers erzählen, dass derselbe seine Frau verloren hätte. Er erklärte, er wüsste eine gute Frau für ihn mit 13000 Gulden. Hierauf wurde vereinbart, dass die Bekanntmachung am folgenden Tage stattfinden sollte. De J. stellte ihn nun einer Frau vor, mit der er Tags zuvor bekannt geworden, und der er zu diesem Zwecke Kleider geschenkt hatte. Die drei fuhren aus; der Wittwer wurde schliesslich so schläfrig, dass er sich allein daran erinnern kann, dass er das Gelage bezahlt hat. Jenem Herrn verkaufte Angeklagter einen Ring mit Stein für 18 Gulden, welche die Frau zum Geschenke erhielt; später erwies sich, dass der Ring von Kupfer war.

Um dieselbe Zeit verkehrte Angeklagter mit einer Belgischen Frau und ging mehrmals mit ihr aus; er sagte, er wäre Pfleger einer alten schwer-kranken Dame, und schlug ihr vor, das Mobiliar des Mannes, bei dem sie wohnte, zu verkaufen, um dann mit dem Angeklagten in Belgien ein Café mit Damenbedienung zu eröffnen: er würde den Gentleman spielen, in das Café kommen, mit Champagner tractiren und auf diese Weise die Menschen herbeilocken. Er wollte eine unechte goldene Kette gegen eine ihr gehörige echte eintauschen. — Ungefähr Anfang August kam de J. in ein Hôtel, wo er sich wiederum für einen Arzt ausgab und erklärte, er candidirte um eine Stelle als Gemeinde-Arzt zu H. Er empfing auch wirklich ein Schreiben aus H. von dem Bürgermeister in Sachen seiner Candidatur. Angeklagter machte auf den Castellan einen fremdartigen Eindruck; er sprach von „Perfester" statt von „Professor".

Anfangs August antwortete de J. auf eine Zeitungsannonce, welche die zu Amsterdam wohnhafte Marie Sch. eingerückt hatte, und worin eine gebildete Dame eine Stelle als Haushälterin suchte; er kam persönlich, war elegant gekleidet, freundlich und zuvorkommend, sagte, er wäre

Digitized by Google

Militär-Arzt im Englisch-Indischen Dienste, gegenwärtig beurlaubt, seine Frau wäre in England gestorben, und er beabsichtigte, sich in V. niederzulassen. Er bat Marie um die Ehe, ging mit ihr täglich spazieren und wusste sie, so zu sagen, ganz zu bezaubern, er machte ihr allerlei schöne Vorspiegelungen, z. B. eine Reise um die Welt nach der Hochzeit. Auf Veranlassung des Angeklagten bezog die Schwester der Marie, Cato, Mitte August eine andere Wohnung, die er gleich möblirt für sie gemiethet hatte, um es „ihr während ihrer Hochzeitsreise bequem zu machen". Auch hier gab sich de J. für einen Arzt aus und sprach sogar über die Augenkrankheit des Sohnes. — Am 15. August reisten darauf de J. und Marie ab, um mit seinem Bruder zu B. über ihre Heirath zu sprechen. Seit jenem Tage hat Cato ihre Schwester nie mehr wiedergesehen, nur 2 Briefe hat sie von ihr empfangen, in deren einem sie über den Verkauf der Möbel schreibt. Diese gehörten jedoch nicht allein der Marie, sondern auch der Cato, wenigstens den übrigen Geschwistern. Bei ihrer Abreise hatte Marie all ihre Kleinodien mitgenommen, sogar ihre silbernen Theelöffel und ihr auf der Sparkasse deponirtes Vermögen im Betrage von 400 Gulden.

Nach ferneren Angaben des Angeklagten gingen sie nach London, um den Schwiegervater von dem Durchgehen seiner Tochter Sarah in Kenntniss zu setzen, worauf derselbe geantwortet haben soll: „Goddam, just the same as before." Hierauf kehrten sie von London nach Amsterdam zurück und kehrten in dem Hôtel Wecsperplein ein, wo sie circa 6 bis 7 Tage verblieben. Er liess die Möbel der Geschwister Sch. aus deren früherer Wohnung abholen und verkaufte sie mit schriftlicher Einwilligung von Marie Sch. für ungefähr 200—300 Gulden, während sie einen Werth von 1000 Gulden repräsentirten. Er gab sich bei dem Verkaufe für einen Cousin der Damen Sch. aus. Unterdessen empfing Sophie Sch., eine andre Schwester der Marie, von dieser einen Brief, d. d. 20. August 1893, worin sie schreibt, dass sie seit voriger Woche mit einem englischen Sanitätsofficier Bekanntschaft gemacht hätte, und dass sie sehr bald hier in London Hochzeit machen würden, ... dass sie den englischen Doctor lieb hätte, könnte ihre Schwester daraus ersehen, dass sie ihn, wohin er auch in der Welt gehen würde, begleiten wollte. Er müsste als Sanitätsofficier ganz ans andere Ende der Welt nach Calcutta in British-Indien gehen, dort wären die weissen Frauen nicht mit Gold aufzuwiegen, sondern allein mit den kostbarsten Juwelen. Sie werde ihrer Schwester aus dem Auslande viel Neues mittheilen — — — — — — — — „Gott sei mit Euch Allen!" — — „Leb' wohl, mein Vaterland, bis 1899!"

Thatsache ist nur, dass der Angeklagte mit Marie in das Hôtel Wecsperplein kam, und vorgab, aus London zu kommen und nach Scheveningen, dann nach Calcutta zu reisen, um sich dort als Arzt niederzulassen, dass sie 8 Tage später das Hôtel W. verliessen und im Hôtel von G. einkehrten. Kurz darauf ging er mit seiner Frau

Digitized by Google

nach Bussum und telegraphirte, dass man über die Zimmer verfügen könnte; zugleich gaben sie als ihre Adresse das Temperance-Hôtel zu London auf.

Am 2. September kam de J. in genanntes Hôtel zurück in Begleitung einer Dame, welche englisch sprach, laut seiner Aussage war es seine Nichte, für welche er ein apartes Zimmer bestellte. In Wirklichkeit war diese Dame eine englische Sängerin, die er auf dem Jahrmarkt zu Zaandam kennen gelernt hatte; auch ihr trug er die Ehe an. In diesem Hôtel blieb er bis zum 8. September, sagte, er käme aus England und studirte in einem medicinischen Buche, worin sich Abbildungen eines Skelets befanden. — Einmal kam de J. mit neun Mädchen in ein Café, um sie zu tractiren; jede durfte jedoch nicht mehr als für 5 Cent verzehren. Am Abend des 30. August treffen wir den Angeklagten wiederum in einem Café an, wo er mit anderen Gästen bis tief in die Nacht hinein, bis 3 oder 5 Uhr, blieb zur Feier des soeben eingetretenen Geburtstages der Königin der Niederlande. — Mit Uebergehung verschiedener Thatsachen sei nur erwähnt, dass de J. um Ausfertigung eines Todtenscheines für seine Frau bat, weil er sich wieder verheirathen wollte.

In dieser Zeit besuchte Angeklagter täglich verschiedene Café's. Am Abende des 3. September z. B. kam er mit 2 seiner weiblichen Bekannten in 8 bis 9 Café's hintereinander. Zuletzt wollte man ihn nicht hineinlassen, weil es nach der gesetzlich erlaubten Zeit war. Da gab er sich für einen Polizei-Inspector aus, jedoch ohne Erfolg.

Bei dieser Gelegenheit sagte Angeklagter: „Ich kann auch Polizei-Inspector sein, wenn es sein muss: ich führe die ganze Welt an der Nase herum."

Als charakteristisch sei noch das Folgende erwähnt: Am 4. oder 5. September redete Angeklagter auf der Strasse eine Frau an, und machte ihr den Vorschlag, mit ihm nach dem Theater zu gehen; nach anfänglicher Weigerung ging sie mit, und besuchte zusammen mit de J. verschiedene Café's, woselbst er mit der Kellnerin auf vertrautem Fusse stand. Darauf ging er mit ihr nach Hause und brachte bei ihr die Nacht zu. Schon bevor sie zu Hause ankamen, hatte Angeklagter mit ihr davon gesprochen, dass sie ihn heirathen sollte; den Mann, mit welchem sie lebte, sollte sie nur ruhig laufen lassen; er wollte mit ihr gemeinschaftlich ein Café mit Kellnerinnenbedienung eröffnen; sie würden sehr bald reich werden. Er würde nämlich fremde Capitäne mitbringen, ihnen etwas ins Glas schütten, wodurch sie mit einem Male ganz berauscht sein würden; nach dem Erwachen würden sie nicht wissen, was sie verzehrt hätten, und jeder Gast müsste in Folge dessen 25 Gulden geben, wovon 24 Gulden für sie selbst und 1 Gulden für die Kellnerin bestimmt sein würde. Die Frau vertraute ihm jedoch nicht, weil er ihr eine werthlose Spielmarke in den Nacken geworfen hatte, unter dem Vorwande, dass es ein Zehnguldenstück von Gold wäre. Morgens hatte Angeklagter auf ihren Arm und den ihrer

Digitized by Google

Tochter verschiedene Male seinen Stempel gedrückt, nämlich seinen Namen mit zwei ineinander geschlossenen Händen.

Am 5. oder 6. September kam Angeklagter in einem offenen Wagen, Zweispänner, elegant gekleidet, mit Cylinderhut und einem Bouquet im Knopfloche zu einem Hôtelbesitzer, der ihm 8 Tage zuvor einen Thaler auf Pfand geliehen hatte gegen einen Ring mit gelbem Steine, den er seitdem trägt. Angeklagter war im Besitze von Banknoten, gab die 2,50 Gulden zurück und fragte, ob seine Tochter mit ihm spazieren gehen wollte.

Am 7. September kam de J. zu einer Wittwe, welche eine Annonce als Haushälterin eingerückt, auf welche Angeklagter unter dem Namen von Dr. N. F. Sch. H. de J., Kalverstraat, geantwortet und um ihre Adresse gebeten hatte. Bei einem persönlichen Besuche machte er dieser Frau den Vorschlag, mit ihm als Haushälterin mitzugehen gegen ein Gehalt von 350 Gulden ausser 2000 Gulden als Mitgift. Nachdem sie dieses Anerbieten ausgeschlagen, bot er ihr eine Stelle an bei einem seiner Freunde zu Z. Als Angeklagter hörte, dass ihr Kind krank wäre, legte er sein Ohr auf dessen Brust und sagte: „Es ist keine Gefahr vorhanden; Sie dürfen wünschen, eine so starke Brust zu haben wie dies Kind.“ — Am selben Tage schrieb de J. auch auf ein Zeitungsinserat, in welchem sich Jemand mit eigenen Möbeln als Haushälterin anbot. Er giebt an, auf solche Annoncen rein zum Scherz geantwortet zu haben; worin jedoch der Scherz bestehen solle, kann er nicht sagen.

Am 8. September wurde Angeklagter zu Amsterdam in Haft genommen. —

II. Status praesens: Angeklagter ist schlank und hochgewachsen von Körperbau, ziemlich musculös, hat einen geraden, aufrechten Gang, und sieht weder jünger noch älter aus als er in Wirklichkeit ist. Sein Schädel hat eine Länge von 21 cm, die Breite beträgt 15 cm und der Abstand der Jochbeine 14 cm. Alle diese Maasse sind grösser als die normalen. Solches ist ebenso der Fall mit dem Schädelumfang, welcher 59 cm beträgt und der Distanz des Vorderkopfes, welche 22 cm misst. Noch verdient Erwähnung, dass die Schläfengegend anstatt flach und platt, einigermaassen gewölbt und stark behaart ist. Sogenannte Degenerationszeichen, wie Asymmetrie des Schädels, schiefe Stellung der Nase, Zähne, der Augenlider, Missbildung der Ohren oder Hände u. s. w. sind nicht vorhanden. Auch sein Penis und seine Testes sind gewöhnlich entwickelt. Die Hände sind gross. Das Aeussere des Angeklagten ist nicht ungünstig zu nennen. Nur sah er uns niemals gerade an, sondern schlug seine Augen entweder nach unten oder nach oben, wobei sich gewöhnlich ein Lächeln auf seinem Angesichte zeigte. Gewöhnlich trägt er eine Brille, wenn er in unserem Beisein etwas lesen will. Die Gläser dieser Brille haben einen Brennpunktsabstand von — $^1/_6$ m und sollten zu der Annahme führen, dass der Träger an einem bedeutenden Grade von Kurz-

Digitized by Google

sichtigkeit leiden müsste. Die Art jedoch, wie Angeklagter seine Brille gebraucht, brachte uns sehr bald auf die Vermuthung, dass die Kurzsichtigkeit nicht gross sein könnte, und in der That lehrte eine Untersuchung seiner Augen mit dem Augenspiegel, welcher auf unser Ersuchen von Dr. *Juda* vorgenommen wurde, — was nur mit grosser Mühe sich thun liess, da Angeklagter auf allerlei Weise widerstrebte — dass mit ziemlich grosser Sicherheit constatirt werden konnte, dass seine Sehkraft, wo nicht normal, so doch so wenig von dem physiologischen Zustande abweicht, dass daraus das Tragen einer Brille von — 6 Dioptrien nicht erklärt werden kann.

Angeklagter ist sehr lebendig und beweglich in seinem Wesen, behielt in unserer Gegenwart niemals lange Zeit dieselbe Haltung, stand, nachdem er eine Weile gesessen hatte, ohne besondere Gründe auf, um zu stehen und hier und dort sich anzulehnen, oder um diesen oder jenen Gegenstand uns zu zeigen. Dabei bemerkte man, dass sowohl die oberen als auch die unteren Extremitäten fortwährend in Bewegung waren, der Gesichtsausdruck sich immerfort veränderte, und Angeklagter ein lebendiges Geberdenspiel zeigte. Seine Stimme klang gewöhnlich heiser, bisweilen volltönend oder schwach flüsternd; häufig konnte jedoch constatirt werden, dass die Stimme ohne jeden Uebergang von ziemlicher Unverständlichkeit zu grosser Normalität umschlug, sobald wir z. B. dem Angeklagten fröhlich zusprachen und in zwangloser Weise ihm begegneten. Wiederholentlich wurde eine beengte Athmung als Folge von Asthma constatirt, woran Angeklagter seit einigen Jahren zu leiden scheint. Geringes Ausdehnungsvermögen des Brustkastens, Rasselgeräusche und andere physische Erscheinungen wurden wahrgenommen, welche wir an diesem Orte stillschweigend übergehen können. Infolge dieses Leidens nahm seine Athemnoth bisweilen in dem Maasse zu, dass ihm das Sprechen höchst schwierig wurde und ein geregeltes Gespräch mit dem Angeklagten nicht mehr zu führen war. Jedoch darf man nicht in Abrede stellen, dass er, wenigstens manchmal, diesen Zustand übertrieb. Der Puls ist regelmässig und gut, die Digestionsorgane zeigen keine Abweichungen oder functionelle Störungen. Die Absonderungen waren normal, auch war die Zunge stets feucht, wie man so sagt, rein und sauber. Die Gehörschärfe war normal, während nach den Mittheilungen des Angeklagten zu urtheilen, auch der Geruch und der Geschmack nichts zu wünschen übrig liessen. Der Gefühlssinn bot keine Abweichungen dar; nur die Kniereflexe sind einigermaassen erhöht. Die Muskelkraft ist gehörig entwickelt, sowohl an der linken als auch an der rechten Hälfte des Körpers, kein Zittern wurde wahrgenommen, ebensowenig fibrilläre Contractionen, Zusammenfahren, Krämpfe oder Lähmungserscheinungen im Gebiete der einen oder andern Nervenstrecke. Die Pupillen waren gleich an Grösse und einigermaassen verengert. Die Nächte waren sowohl nach Aussage des Angeklagten als auch nach den Aussagen der Wärter ruhig und der Schlaf ungestört. Ob-

Digitized by Google

gleich die Besuche der Sachverständigen ihm laut seinen Mittheilungen nicht angenehm waren, empfing er uns doch stets höflich, ja sogar übertrieben höflich, schob z. B. mit übertriebener Eiligkeit eine Matte unter unsere Füsse, dass wir uns nicht erkälten sollten, half uns beim Aus- und Anziehen des Ueberziehers, lief uns, wenn wir weggingen, eilig mit einer Bürste nach, um den Rock zu reinigen und dies alles mit vergnügtem Gesichte. Das Betragen des Angeklagten im Gefängnisse liess nichts zu wünschen übrig. Laut Angabe der Wächter war er ausserordentlich freundlich, fröhlich und munter, ohne alle Sorge und ging mit ihnen in vertraulicher Weise um. Niemals zeigte er irgendwelche Unruhe oder einen Zweifel bezüglich des Ausganges der gegen ihn geführten Untersuchung; er war laut seiner Aeusserungen vollkommen überzeugt, dass er nächstens auf freien Fuss würde gestellt werden. Angeklagter war eigen und reinlich bezüglich seiner Kleidungsstücke und hielt die Zelle seines Aufenthaltes untadelig in Ordnung. Er ging als Herr gekleidet, prunkte gerne mit einem Ringe mit zwei gelben Steinen, den er an seinem kleinen Finger trug, und zog während unseres Besuches wiederholentlich seinen Sommerüberzieher an, der ihm „so nett anstehe". Er verbrachte seine Zeit mit dem Aussuchen von Erbsen oder Bohnen, schrieb hin und wieder einen Brief oder machte Notizen auf kleine Stücke Papier, in deren Besitz er zu kommen verstanden hatte und die er bewahrte als scheinbar kostbare Documente, die er nur im Nothfalle aus den Händen gab und uns nur ausnahmsweise zugestand. Von eigentlicher Lectüre schien er nur einen sparsamen Gebrauch zu machen, wiewohl er häufig unsere Aufmerksamkeit richtete auf gewisse Phrasen, die auf ihn Eindruck gemacht zu haben scheinen, von denen er sogar manche in das Gespräch einflocht, als wären sie seinem eigenen Hirne entsprossen. Bei dem ersten Besuche von Dr. *Ankersmit* und mir, die er nie zuvor gesehen hatte, empfing Angeklagter uns ausserordentlich freundlich, als wenn er froh wäre, einmal Besuch zu empfangen, und sprach mit uns über Dinge, die mit seiner Person nicht in Beziehung standen, freilich mit etwas heiserer Stimme, jedoch munter und wie ein normaler Mensch. Sowie dagegen Dr. *Halbertsma* in die Zelle hineintrat, stand Angeklagter, der mit seinem Rücken sich an das Bett angelehnt hatte, plötzlich gerade auf, nachdem er zuvor das rechte Bein schnell in gestreckter Haltung aufgehoben hatte, als wenn er plötzlich erschrak, während das Gesicht sich roth färbte und die Schnelligkeit des Pulses zunahm; so zeigte Angeklagter mit andern Worten die unverkennbaren, unbewussten Aeusserungen eines Gemüthsaffects. Auf die Frage des Dr. *H.*, ob er ihn kennte, lautete die Antwort verneinend; Angeklagter versicherte, ebenso nicht zu wissen, dass er in Rotterdam gewesen, im Gefängniss gesessen, verheirathet gewesen wäre, gab mit einem Worte den scheinbaren Beweis, dass er an einem sehr hohen Grade von Gedächtnissschwäche litte, welcher nur bei den stärksten Graden von Geisteskrankheit (Dementia) angetroffen wird. Von Dementia

Digitized by Google

im obenerwähnten Sinne war, wie sich bald zeigte, aber keine Rede. Auf Fragen, welche Angeklagter in einem Augenblicke unmöglich beantworten zu können versicherte, gab er doch kurz darauf ganz genügende Informationen, eine Thatsache, die sich bei derartigen Geistesstörungen niemals findet, es sei denn, dass Symptome vorhanden sind, die wir bei dem Angeklagten hätten constatiren können, wie z. B. die bekannten Erscheinungen von Epilepsie und dergleichen mehr, welche jedoch nicht vorhanden waren. Ausserdem versuchte er es, im Allgemeinen einen vollkommenen Verlust des Erinnerungsvermögens bezüglich der einfachsten Vorfälle aus dem täglichen Leben, z. B. seiner Jugend, seiner Dienstzeit als Soldat, seines Aufenthaltes auf Schiffen zu simuliren, während bald darauf sich zeigte, dass er dies und jenes sehr gut wusste. Bisweilen erklärte er plötzlich, den einen oder andern von uns nicht wiederzuerkennen; weder sanfter, noch ernster oder kräftiger Zuspruch konnte ihn dann aus seiner Rolle bringen; ebensowenig wurde er darüber böse oder zeigte dies durch Geberden oder Worte. Bei solch einer Gelegenheit nannte er jedoch augenblicklich den Namen, als man ihm ein gedrucktes Receptpapier gegeben hatte, freilich in einer solchen Weise, dass er diesen Namen unmöglich hatte ablesen können.

Auch auf andere Art versuchte er es, die Rolle eines Schwachsinnigen zu spielen, indem er z. B. während unserer Besuche bis zur Langweiligkeit uns um Cigarren bat, unsere Kleider befühlte, unsere Hüte aufsetzte, unsere Handschuhe anzog, und selbst unsere Taschen durchwühlte, ohne ein einziges Wort dabei zu sprechen. Bei einer solchen Gelegenheit ging er mit dem Hute einen von uns grüssend zur Thür seiner Zelle hinaus, mit den Worten: „De J. geht nach Melbourne". Dadurch, dass wir ihn ruhig gehen liessen und geduldig warteten, fiel Angeklagter jedoch bald aus seiner Rolle und betrug sich wieder so wie gewöhnlich. Jedoch unterhielt Angeklagter sich mit uns auch fernerhin in vertrauter Weise, bot uns z. B. Erbsen an, welche er aus seiner Tasche herausholte und über einer Gasflamme geröstet zu haben schien, ein Stück seines Butterbrodes, einen Krug Café u. dgl. Bei anderen Besuchen simulirte Angeklagter allerlei Visionen zu sehen, z. B. durch das matt gläserne Fenster seiner Zelle, sogar wenn seine Augen nach einer anderen Seite der Zelle gerichtet waren, also eine Unmöglichkeit, um von anderen physischen Erscheinungen, die beim Auftreten von Hallucinationen constatirt werden können, zu schweigen. Zu anderen Zeiten sprach Angeklagter davon, dass die Thüren seiner Zelle sich bald öffnen würden, dass ihm Sarah J. und Maria Sch. erschienen wären und seine Erlösung verkündigt hätten, dass er jetzt reich und glücklich werden und die Richter grosse Augen machen würden. Nach einigen Fragen und Gegenfragen zeigte sich jedoch, dass Angeklagter dies nur geträumt haben will, und erwies sich noch deutlicher das Fehlen von Erscheinungen, die sich bei einem entwickelten Grössenwahnsinn zeigen. In anderen Augenblicken erschien Angeklagter

Digitized by Google

tief betrübt, gebeugt unter all dem Elend, das er erfahren müsste, dessen Folgen er ausgesetzt wäre, Erscheinungen, die ebensowenig auf Verfolgungswahn wie auf Melancholie weisen konnten, schon darum, weil die bei diesen Krankheiten sonst stets vorhandenen somatischen Erscheinungen vollkommen fehlten. Noch sei erwähnt, dass Angeklagter ein einziges Mal in die Hände klatschte, wahnsinnig lachte, in seiner Zelle in die Höhe sprang, sich mit einem Worte thöricht anstellte, scheinbar wie ein Maniacus, jedoch hiermit beinahe augenblicklich aufhörte, als er sah, dass darauf nicht geachtet und das Gespräch wie gewöhnlich fortgesetzt wurde. Obgleich in Wirklichkeit Fälle von Tollheit vorkommen von sehr schnellem Uebergange (Mania transitoria), so zeigen diese doch einen ganz andern Verlauf und zahlreiche andere Erscheinungen auf, die bei dem Angeklagten fehlten. Während Angeklagter uns anfänglich mehrmals mitgetheilt hatte, dass seine Eltern gestorben wären und sein Bruder noch lebte, erklärte er später bei anderen Besuchen, dass gerade seine Eltern noch lebten und sein Bruder gestorben wäre. Als wir später von anderer Seite vernahmen, dass Angeklagter noch eine Schwester hätte, die sich zu W. im Waisenhause aufhielte, und ihn hiernach fragten, leugnete Angeklagter anfänglich, dass dies wahr wäre, und sagte später, sie wohnte in Indien und wäre steinreich. Mit seinen Angaben konnten wir niemals viel anfangen; Wahrheit und Lüge, oder, wie man gewöhnlich sagt, Wahrheit und Dichtung wechselten und waren so ineinander verflochten, dass die Fäden nicht zu entwirren waren. Bemerkenswerth ist, dass Angeklagter, obwohl er erklärte, gut englisch sprechen zu können, uns hier niemals die Beweise dafür gab. Angeklagter war augenscheinlich äusserst neugierig. Wenn er die günstige Gelegenheit dazu erblickte, guckte er während unserer Besuche durch das Schlüsselloch oder, wenn die Zellenthür offen stand, in den Corridor. Während der täglichen Spaziergänge schien er alles, was in seinen Bereich kam, aufzunehmen. Auf diese Weise glauben wir erklären zu müssen, dass er eine kleine Metallscheibe in seinem Besitze hatte, welche er zwischen seinen Fingern hielt in einer solchen Weise, als wäre es ein 25 Centstück und dieses uns versprach, wenn wir ihm eine Cigarre geben würden. Bei einem späteren Besuche simulirte Angeklagter in Beantwortung der von uns absichtlich gestellten Fragen zahlreiche körperliche Klagen, die er sowohl bei dieser Gelegenheit als auch später niemals geäussert hatte, und die, wie sich später zeigte, laut seiner eigenen Aussage niemals bestanden hatten. So behauptete Angeklagter bei jenem Besuche an Platzangst zu leiden, mithin einer Erscheinung, die im Verlaufe von Neurasthenie häufig wahrgenommen wird. Es bedarf wohl keines Beweises, dass ein derartig isolirter Symptomencomplex nicht dazu berechtigt, den Bestand der Neurasthenie anzunehmen. Beachtenswerth ist es, dass Angeklagter beharrlich dabei blieb, zu leugnen, dass er einem krankhaften, unwiderstehlichen Drange nachgegeben, mit andern Worten, keine Zwangsidee simulirte; hätte er diese

Digitized by Google

zugegeben, so würde er damit nebenbei zugegeben haben, dass er eine That begangen hätte, die in das Gebiet des Strafgesetzes fiele. Obgleich aus dem Vorangegangenen schon evident hervorgeht, dass Angeklagter bei verschiedenen Gelegenheiten in einer Weise simulirte, welche die Unterzeichneten keinen Augenblick auf eine falsche Fährte bringen konnte, so können wir doch noch zum Ueberflusse beifügen, dass Angeklagter mehrmals bei ein und demselben Besuche verschiedene Grundformen von Geistesstörung aufzeigte, was vollkommen im Widerspruch ist mit den Resultaten der Erfahrung und der Wissenschaft. Angeklagter war stets fröhlich und munter, gerne bereit, unseren Bitten Folge zu leisten und unsere Fragen zu beantworten, wofern es nur keine Beziehung hatte auf seine Vergangenheit, auf die ihm zur Last gelegten Thaten, die früher von ihm verübten Verbrechen, im Allgemeinen auf alles dasjenige, was ihn hätte schädigen können. Dann gab er eine Antwort, die nicht auf die gestellte Frage passte und sich entweder auf einen ganz andern Gegenstand erstreckte, oder gar keinen Sinn hatte, oder er blieb die Antwort schuldig und wich der Frage mit einem Lächeln aus. Auch suchte er unsere Gedanken mehrmals abzulenken, indem er das Eine oder Andere uns anbot oder unsere Aufmerksamkeit auf diesen oder jenen Gegenstand richtete, den er z. B. aus seiner Tasche oder vom Brette herunterholte. Weislich schenkten wir dergleichen Kunstgriffen so wenig als möglich unsere Aufmerksamkeit und blieben systematisch bei dem Gegenstande, den wir zur Sprache brachten, jedoch auch dann blieb Angeklagter eine eigentliche Antwort schuldig. Wenn wir jedoch Thaten zur Sprache brachten, die ihn belasten konnten, dann gab er durch seine Antworten deutliche Beweise, recht gut zu verstehen, warum es sich eigentlich handelte, und folgte dabei seinem Systeme, nämlich hartnäckig zu leugnen. Auf diese Weise glückte es einmal zu constatiren, dass Angeklagter ausserordentlich gut unterrichtet war über das sehr umfangreiche Dossier, also ein Erinnerungsvermögen besitzt, das sicher nicht dem normalen nachsteht, dabei zugleich eine Schlagfertigkeit, Ueberlegung und Geistesgegenwart, mit welcher seine übrige Haltung ganz im Widerspruche war. Auch dann blieb er, soweit sich ermitteln lässt, fröhlich und heiter, zeigte wenigstens keine Erscheinungen, die auf einen vorhandenen Gemüthsaffect deuten konnten. Abgesehen von unserem ersten Besuche wurden solche niemals von uns wahrgenommen, jedoch auch die vorhererwähnte Gemüthsbewegung ging sehr schnell vorüber.

Bis zum Schlusse konnten wir constatiren, dass Angeklagter, selbst nachdem wir ihn einem sogenannten Kreuzverhöre unterworfen hatten, äusserst leicht von dem einen Thema zu dem andern überging. Gerne sprach er von seiner medicinischen Kenntniss und suchte dabei seinen Vortheil, indem er uns Antworten zu entlocken versuchte. Anfänglich hatte er sich uns als Arzt vorgestellt, liess jedoch diese Behauptung sehr bald laufen, mit dem Worte: „Wenn ich aus medicinischen Büchern Rath

Digitized by Google

gebe, so bin ich Arzt". Nicht unerwähnt darf bleiben, dass Angeklagter sich bei unseren Besuchen wiederholentlich widersprach und augenscheinlich vergessen, was er uns bei einer früheren Gelegenheit mitgetheilt hatte. Als Beweis seiner Geistesgegenwart diene, dass Angeklagter, als der eine von uns zu ihm sagte: „So haben Sie Zelle No. 7" sofort zur Antwort gab: „Ja, das kommt daher, dass ich beim 7. Regiment gedient habe". Später zeigte sich, dass auch dies Unwahrheit war und er beim 1. Regiment gedient hatte. Höchst auffällig war es, dass Angeklagter schamlos ohne Bangen und ohne Scheu, sogar im Beisein des Untersuchungsrichters, Thatsachen, die mit Sicherheit und überzeugend bewiesen waren, hartnäckig leugnete, und dabei fortwährend um eine Cigarre bat, oder um einen Krug Wassser und dergleichen mehr. So blieb Angeklagter beharrlich dabei, dass er mit Sarah J. und W. von Arnhem nach Düsseldorf gefahren wäre an einem Tage, wo laut officieller Angabe wegen zu niedrigen Wasserstandes kein Boot abgegangen war, und dass er Marie Sch. nach London begleitet hätte zu einer Zeit, wo eine grosse Zahl Zeugen ihn hier zu Lande gesehen haben. Auf unsere Bemerkung, dass solch hartnäckiges Leugnen doch nicht zu seinem Vortheil wäre, da gerade in jenen Tagen Sarah J. und Marie Sch. verschwunden sind und Jedermann demnach sagen wird, er müsste etwas zu verbergen haben, antwortete er gewöhnlich, dass die niederländische Justiz in den Augen des Auslandes eine lächerliche Figur werden würde, da sie ihn doch noch in Freiheit setzen müssten, weil er unschuldig wäre. Mit den Frauen würde er schon in Ordnung kommen, und dann würden sie alle grosse Augen machen; „die Richter, die sind allesammt verrückt; ich aber habe beim Gericht meine Freilassung verlangt, und sie werden sie mir geben müssen, das will ich!" Bei solch einer Gelegenheit drückte er sich wörtlich, wie folgt, aus: „De J. ist nicht verrückt, ich gehe nach Melbourne, ich gehe gleich auf See, der Untersuchungsrichter und der Staatsanwalt, die sind verrückt". Ein anderes Mal sprach er diese Drohung aus: „Ich werde diese Herren nach meiner Freilassung todt schiessen, ja, ich werde sie tödten". Nicht unerwähnt darf bleiben, dass Angeklagter uns häufig um Heilmittel bat gegen seine Athemnoth. Wenn wir ihm nun sagten, dass wir dazu nicht befugt seien, wohl aber der Gefängnissarzt, so gab Angeklagter bald zur Antwort: „Ich will von ihm nichts haben, er ist ein Bauer", bald auch: „Ich danke für diesen Doctor, er will mich vergiften, ja, er will mir Gift in den Trank hineinthun". Sollte man hieraus folgern wollen, dass Angeklagter wirklich Furcht vor Vergiftung empfand, so widerspricht dem die Thatsache, dass er uns das Anerbieten machte, die „Tropfen", die bei der Augenuntersuchung gebraucht worden waren, auszutrinken, trotz unserer Erklärung, dass dieselben giftig wären. Später erfuhren wir, dass Angeklagter den ihm vom Gefängnissarzte verschriebenen Trank wirklich gebraucht hat. —

Bezüglich der dem Angeklagten zur Last gelegten Thaten: 1) dass er

Digitized by Google

sich zu A. und zwar ungefähr im August 1893 absichtlich und widerrechtlich zugeeignet und zu seinem eignen Vortheile verkauft habe eine Anzahl von Möbeln, welche den Geschwistern Sch., jedenfalls Jemand anders als ihm, dem Angeklagten, angehören, hinsichtlich welcher Güter ihm der Auftrag ertheilt war, sie einige Zeit für die Eigenthümerin aufzubewahren; 2) dass er sich eines widerrechtlichen Vortheils schuldig gemacht habe, dadurch dass er Kr. durch betrügerische Angaben zu Zahlungen bewogen an ihn, den Angeklagten, bis zu einem Gesammtbetrage von 100 Gulden, in der vorhin ausführlich auseinandergesetzten Weise, haben wir uns mit dem Angeklagten wiederholentlich ausgesprochen. Auch dann nahm er dieselbe Haltung an, wie oben berichtet ist; er zeigte nicht ein einziges Zeichen von Scham oder Reue, wenn er z. B. hingewiesen wurde auf die traurigen Umstände, in welche er Cato Sch. gebracht, und blieb hartnäckig bei seiner einmal abgelegten Erklärung, er wäre an Kr. nichts schuldig, dieser wollte nur aus den bereits angegebenen Gründen seine Rache gründlich an ihm nehmen. Marie Sch. hätte ihn schriftlich ermächtigt die Möbel zu verkaufen: die Justiz könnte ihm demnach nicht das mindeste anhaben. —

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass Angeklagter aus dem Gefängnisse wiederholentlich Briefe an uns und an die Redactionen verschiedener Zeitungen geschrieben hat. Diese Briefe zeigen viele grammatische Fehler und auch der Stil lässt viel zu wünschen übrig. Die Handschrift ist sehr kindisch. Wiederholentlich suchte er derartige Briefe heimlich zu befördern, so warf er einen z. B. bei seiner Ueberführung aus einer Spalte des Gefangenenwagens heraus. —

Auf unser Ersuchen, seine Lebensgeschichte aufzuschreiben, verfasste er den hier folgenden Brief. Bei der Uebersetzung sind natürlicher Weise die zahlreichen Eigenthümlichkeiten und Verstösse gegen die Rechtschreibung unberücksichtigt geblieben. —

„Hier an diesem Briefe kann die ganze Welt sehen, dass ich nicht verrückt oder närrisch bin. An die Herren Doctoren. Dr. Jan van D. Ersten Arzt und Director am Narrenhause zu M.; Dr. Johann A., Ersten Arzt und Director am Narrenhause zu R.; Dr. P. K. An., Ersten Arzt und Director am Narrenhause zu A.; dies sind drei Doctoren vom Narrenhause, um die Verrückten zu heilen: das ist sehr gut, aber der Steward ist niemals verrückt; ich kann nur nicht begreifen, dass der Untersuchungsrichter mir drei Doctoren schickt, sicherlich um zu sehen, ob de J. verrückt ist. Aber, zum Henker! Ihr Herren Doctoren, ich bin wahrhaftig nicht verrückt! Die gelehrten Herren sind verrückt, weil sie mich unschuldig ins Gefängniss gesetzt haben, wofür? allein für ihre romantischen Ideen, ja es ist ein Roman voll dummen Unsinns, zu behaupten, was die Zeitung schreibt, dass die Frauen ermordet sind; wer das schreibt, müsste sogleich ins Gefängniss gebracht werden, dass wäre er werth, so ein Lügner von einem Schreiber. Meine beste echte Frau ist mir durch-

Digitized by Google

gegangen mit Mr. W., das war in Deutschland, aber sie wird wohl zurück kommen, ja gewiss! Und Marie ist mit meinem Gelde in London, und was kann ich jetzt daran thun? Nichts, weil ich hier in dem Loche sitzen muss wegen der dummen Einfälle der gelehrten Herren! Wenn ich in London, New-York, Baltimorren, Zan Francisco, Melborne wäre, dann würde ich sie wohl wieder auf einem dieser Plätze wiederfinden. Aber lassen die gelehrten Herren mit ihrem Roman nur immer thun, was sie wollen; Gott weiss es, dass ich nicht verrückt bin, ich habe wohl Asthma und Kopfschmerz, aber ich bin sicher nicht verrückt oder thöricht, also, Ihr Herren Doctoren, seid nur so gut und kommt nicht mehr zu mir; an solchen Doctoren habe ich auch nichts, da ich nicht einmal etwas Striemooniemum bekomme für mein Asthma, denn unsere Doctoren, die mir keinen guten Rat geben wollen, die will ich nicht mehr bei mir haben. Ich werde Euch etwas aus meinem Buche aufschreiben: so wurde ich getraut: Werden sie unter dem Auge des Himmels . . . . . .? Ja, das werden sie, De J. sagt: Ja. Und was sagt Sarah? Ja . . —, so verpfänden sie also von jenem Tage an für besser oder schlimmer, für reicher oder ärmer, in Krankheit und Gesundheit, um sich lieb zu haben und zu achten, bis der Tod sie scheidet, einander ihre Treue und sind verehelicht. In dem Kirchenzimmer zeichneten wir unseren Namen, auch die Zeugen und wir waren getraut. Und die Kirche kostete 5 Pond für die Kwin of Engeland. Hendrik de J. und Sarah J. So steht es auch hier in meinem Gefangenenlesbuche. Es ist kein Beweis von Verstand, alles begreifen zu können, was man will, sondern im Stande zu sein, unterscheiden zu können, dass, was wahr ist, wahr ist, und was falsch ist, falsch ist! Das ist das Kennzeichen des Verstandes, und das lese ich gern. Lebt wohl! Herren Doctoren, Gott segne Euch und auch mich!"

III. Epikrise. Im Vorangehenden haben wir die Daten, welche uns zu Diensten standen, und soweit diese zur Sache dienen konnten, ausführlich mitgetheilt. Bei näherer Betrachtung kam uns dies nothwendig vor, um im Stande zu sein, ein mit Gründen motivirtes Gutachten und daraus hervorgehendes Urtheil abzugeben. Wohl hätten auch nach unserer Meinung viele Punkte unbeachtet bleiben können, ohne die nähere Motivirung des Endurtheils zu beeinträchtigen, jedoch würde dadurch die Objectivität des Gutachtens gelitten haben, was von dem Gerichtsarzte am allerwenigsten erwartet werden darf. Gerade weil die Mittheilungen über die Vergangenheit des Angeklagten uns von seiner Seite mangelten, und daher in diesem Falle nicht entschieden werden konnte, ob die Mittheilungen von Familie und Bekannten sich mit denjenigen decken, welche der Angeklagte selbst aufgeschrieben hat, war es nothwendig, diesen weitläufigen, jedoch gewiss sichersten Weg zu gehen.

Der Kürze wegen meinten wir schon in dem vorangegangenen Status praesens auseinandersetzen zu dürfen, auf welche Weise wir zu der Ueberzeugung kamen, dass Angeklagter Geisteskrankheit simulirte, wenn auch

Digitized by Google

derartige Betrachtungen erst hierher gehören. Die Art jedoch, wie Angeklagter simulirte, war so deutlich, dass kein einziger Sachverständiger sich auf eine falsche Fährte würde bringen lassen. Steht es nunmehr fest, dass Angeklagter auch jetzt wiederum simulirte, ebenso wie zur Zeit, als die Doctoren *H.* und *N.* ihn zu R. täglich beobachteten und ein Gutachten abgaben, mit welchem wir uns in den Hauptpunkten ganz einverstanden erklären können, dann folgt hieraus jedoch absolut nicht, dass Angeklagter nicht an Geisteskrankheit litte. Es ist eine durch die Erfahrung und Wissenschaft mit vollkommener Sicherheit erwiesene Thatsache, dass Geisteskranke häufig simuliren, ja sogar die wirklich vorhandenen Erscheinungen psychischer Verirrung übertreiben; dies wird z. B. im Verlaufe der hysterischen Psychose und der Mania wiederholentlich wahrgenommen. — Um demnach zu ermitteln, ob Angeklagter an einer bestimmten Form von Geisteskrankheit leidet oder nicht, müssen wir an der Hand der uns zu Gebote stehenden und durch persönliche Untersuchung erhaltenen Resultate ein klinisches Bild des Angeklagten skizziren. Indem wir hierzu übergehen, schicken wir voraus, dass erbliche und angeborene Anlage sicherlich nicht ausgeschlossen werden darf. Die Familie des Vaters soll nicht zu den stärksten gehören. Zwei Brüder starben an Schwindsucht, der erstgeborene Bruder ist augenscheinlich von „geringer Entwickelung", und von seinen 9 Kindern sind 7 gestorben, die meisten an „Skropheln". Auch die Mutter war, um den mildesten Ausdruck zu gebrauchen, eine excentrische Person, wodurch die Erziehung des Angeklagten wenigstens in seinen ersten Lebensjahren viel zu wünschen übrig liess; inwieweit dieser Umstand von Einfluss war auf das weitere Leben des Angeklagten, wagen wir nicht zu entscheiden. Obschon wir meinen unentschieden lassen zu müssen, in welchem Maasse diesen Abweichungen in der geraden Linie Gewicht beigelegt werden müsse, so glauben wir doch, dass laut den meisten Autoren in solchen Fällen von directer Erblichkeit gesprochen werden darf.

Dass die Schädelmaasse zu gross sind, weist in Verbindung mit der Form des Schädels ausserdem auf eine, wenn auch sehr geringfügige abnorme Entwickelung des Gehirns hin, sodass, wenn auch andere Degenerationszeichen fehlen, dennoch Erscheinungen vorhanden sind, die auf eine angeborene Anlage hindeuten. Angeklagter war seit seiner frühesten Jugend lebendiger und beweglicher Art, sehr gesprächig, frech, nicht selten unverschämt, Erscheinungen, die sich in seinem späteren Leben stets gezeigt haben. Obgleich er schon als Kind nichts taugen wollte und sein Leben lieber in Freiheit als auf den Schulbänken durchbrachte, gab er doch die unverkennbaren Beweise, dass er sehr gut im Stande war zu lernen und gewandt zu sein; für alle Arbeiten war er zu gebrauchen; so wurde von den Directoren der Irrenanstalt Coudewater und des Strafgefängnisses im Haag ausdrücklich erklärt, dass er, der zuvor in seiner Jugend durchaus [redacted] Lust hatte, ein Handwerk zu lernen, in der Kupferarbeit recht [redacted]

Digitized by Google

war, desgleichen in Blech-, Zinn-, Tapezier-, Malerarbeit und im Barbiren: „was er arbeitete, war durchaus brauchbar, doch ein erfahrener Arbeiter würde viel daran auszusetzen haben". Ganz dasselbe gilt von seinen Schulstudien; so liess sein Schreiben viel zu wünschen übrig, obwohl er sich hiermit während seiner Dienstzeit hätte beschäftigen können, und dennoch weiss er davon genug, um sich schriftlich auszudrücken. Was die Verstandesentwickelung des Angeklagten im Allgemeinen betrifft, so gilt vollkommen dasselbe. Laut der meisten, die ihn kannten, verstand er über alles mitzusprechen, hatte viel gesehen und gut beobachtet, und war in verschiedenen Städten und auch im Auslande gut bekannt, so in England, Englisch-Indien, Belgien, Amerika und Australien, sprach verschiedene Sprachen, namentlich englisch und französisch, sogar flämisch und malaiisch, war sehr gut bekannt mit der medicinischen Wissenschaft, um von andern Fächern nicht zu sprechen, jedoch eine nähere Untersuchung lehrte, dass auf jedem Gebiete seine Kenntniss eine höchst oberflächliche, eine meistentheils äusserst geringe war, und dass auch nicht in einer einzigen Beziehung von eigentlich gründlicher Kenntniss die Rede sein kann. Augenscheinlich machte Angeklagter desto lieber den Eindruck, dass er vieles, wenigstens vielerlei wüsste, weil er eine hohe Meinung von sich hegt, ein erhöhtes Selbstbewusstsein besitzt, wie es immer wieder bei seinen Gesprächen mit uns zum Vorschein kam. In Verbindung hiermit ist sein Schreiben aus dem Gefängnisse im Haag an seine Schwester und an seinen Freund M. aus Calcutta sehr bezeichnend, in welchem er sich darüber auslässt, was er von der Zukunft erwartet. Niemals liess er den Muth sinken, unter welchen Umständen er sich auch befinden mochte. So ist Angeklagter vollkommen überzeugt, dass er ziemlich viel Verständniss hat von der medicinischen Wissenschaft, brüstet sich mit den Kenntnissen, die er aus den medicinischen Büchern geschöpft hat, bringt dieselben mit grossem Selbstvertrauen zur Sprache, und doch weiss er so wenig davon, dass dies jeder gebildeten und denkenden Person sofort auffallen wird; so spricht er von Striemooniemum anstatt von Stramonium, von Perfester anstatt von Professor. Seine Eitelkeit und Sucht, mehr zu scheinen, als er ist, kann man daraus ersehen, dass er die eine oder andere Phrase aus Büchern zu citiren pflegt, als ob sie seinem eigenen Gehirn entsprossen wäre. Ausserdem gab sich Angeklagter so viel als möglich für einen Herrn aus, war auf Grund vieler Mittheilungen „fein gekleidet", mit Lorgnette, goldener Uhr, Ringen an den Fingern, und einem Stocke in der Hand. Sein Wesen war fröhlich und munter, freundlich und zuvorkommend, es sei denn, dass er Widerstand erfuhr; man denke hier an die Art und Weise, wie er seiner ersten Frau entgegentrat, als sie wider seinen Willen einen Brief schreiben wollte; doch auch dergleichen Auftritte gingen schnell vorüber. Laut den Nachrichten, die uns zu Gebote stehen, waren auch die Gemüthsbewegungen, die bei dem Angeklagten, wenigstens in starkem Maasse, höchst selten auftraten,

Digitized by Google

sehr schnell vorübergehend, wovon wir uns einmal mit eigenen Augen überzeugen konnten. Ein auffallender Charakterzug, der beinahe Jedermann sofort ins Auge fiel, war sein vollkommener Mangel an Wahrheitsliebe. Schon sein erster Chef nennt ihn einen „Meister im Lügen, dem man niemals glauben könnte", der stets mehr zu scheinen wünschte, als er war, und alles meinte besser zu wissen. Darum wird es vielleicht Verwunderung hervorrufen, wie Angeklagter wenigstens in den spätern Jahren noch so häufig Vertrauen zu erregen und zu gewinnen im Stande war. Wenn man jedoch bedenkt, dass Angeklagter Wahrheit und Lüge in einer Weise zu vereinigen verstand, dass es selbst uns häufig unmöglich wurde, zu constatiren, was wahr und nicht wahr wäre, dass er dies that auf eine schamlose Weise, die ihn sogar unter den ungünstigsten Umständen nicht im Stiche liess, dann kann man sich dies ganz gut erklären, namentlich wenn man dabei bedenkt, dass Angeklagter seine Schlachtopfer wählte unter einem Schlage von Leuten, welche sich durch sein eigenthümliches Auftreten verblenden und irre führen liessen. Bei einer näheren Betrachtung der Anamnese zeigt sich, dass das Betragen des Angeklagten unter günstigen Umständen recht gut genannt werden darf. So lernte er während seiner kurzen Verpflegung im Waisenhause zu W. ziemlich gut lesen und schreiben, wurde selbst zwei Mal am Ende seiner militärischen Laufbahn mit dem Zeugnisse guten Betragens und einem Gehalte von 100 Gulden pensionirt, und auch zu Coudewater und in den Gefängnissen gab sein Betragen zu keiner Bemerkung, die zu seinem Nachtheil gewesen wäre, Veranlassung, abgesehen von seinen Versuchen, Geisteskrankheit zu simuliren. Dagegen liess sein Betragen in der Gesellschaft, sobald er nicht der Ordnung und Zucht unterworfen war, sehr viel zu wünschen übrig. Sowie wir gesehen haben, suchte Angeklagter gleichsam ein Handwerk zu machen vom Lügen und Betrügen, vom Frauenexploitiren, deren Vertrauen er zu gewinnen gewusst hatte, was ihm um so leichter glückte, da er fast bei jeder Frau, die ihm auf seinem Wege begegnete, auch vermittels Annoncen, diesen Versuch machte; dies gilt wenigstens von der letzten Zeit. Auf ihn passt m. a. W. der Name: „Heirathsschwindler", wozu seine Herrenfigur und sein faux air eines gebildeten Mannes gewisse Veranlassung gaben. Welche Mittel er hierbei ausserdem anwendete, ist zuvor des Weiteren auseinandergesetzt.

Wo es sich um öffentliche Frauenzimmer handelte, welche sicherlich begriffen, dass es ihm nicht um Heirath zu thun war, suchte er sie zu bewegen, mit ihm gemeinschaftlich das leichtgläubige Publikum auszubeuten, wobei die „Kellnerin" im Allgemeinen als Mittelperson Dienste thun musste.

In den Besitz von Geld gekommen, führte er ein ungebundenes Leben, suchte Umgang mit zahlreichen Frauen, war sehr frei in seinem Auftreten, schloss sich anderen leicht an, fühlte sich sofort auf seinem Platze, lief

Digitized by Google

von dem einen öffentlichen Locale zu dem andern, ohne sich irgendwo lange aufzuhalten, oder sich aussergewöhnlichen Excessen in venere oder in baccho zu überlassen, machte verhältnissmässig grosse Geldausgaben, war freigebig, doch verleugnete er auch hierbei seine Natur nicht, sodass er wohl werthlose Objecte für kostbare Geschenke ausgab. Vielen fiel er durch sein Ungestüm auf, durch seine Beweglichkeit und dadurch, dass er soviel Lärm machte, bisweilen auch durch seine tollen Streiche. Zum Beispiel möge dienen, wie er einmal mit 9 Mädchen in ein Café kam, um sie dort zu tractiren, und wie er ein anderes Mal das Pfand bei dem Besitzer umwechselte. Dadurch war denn sein Geld bald aufgebraucht, und musste er wieder aufs Neue nach Geldquellen sich umsehen, sei es, dass seine Schlachtopfer ihn durchschaut und begriffen hatten, dass er wäre ein „Schwindler", „Betrüger", „Grosssprecher", „Aufschneider", „Prahlhans", „Unruhstifter", kurzum ein „Industrieritter", sei es, dass seine Schlachtopfer ausgeplündert waren und der Umgang mit ihnen ihm nichts mehr nützen konnte. In diesem Falle verliess Angeklagter sie plötzlich unter Benutzung der einen oder andern Lüge, wenn er sich nicht auf eine andere Weise ihrer entledigt hat. Aus einigen Mittheilungen lässt sich erweisen, dass Angeklagter hierbei nicht gerade wählerisch verfahren ist, wenn die Umstände es so mit sich brachten. So wollte er seine erste Frau, laut ihrer sehr hartnäckigen Aussage, welche mit der ihrer Mutter übereinkommt, auf der Hochzeitsreise zu A. von der ersten Etage, wo sie sich zusammen befanden, hinunterstürzen, um in den ungestörten Besitz des Geldes zu gelangen; zu R. wollte er Brand anlegen, um in den Besitz der Versicherungssumme zu kommen etc. Doch ganz abgesehen von dergleichen Thaten, so steht es doch fest, dass Angeklagter sich wiederholt in gemeiner Weise des Diebstahls und der Betrügerei schuldig gemacht hat. Sein Auftreten gegen die Damen S., D. und Marie Sch. möge hierfür als Beweis dienen. Im Anschlusse hieran darf das folgende Factum, das uns oben zu Ohren kam, nicht unvermeldet bleiben. Im August 1884 beraubte Angeklagter einen 70jährigen Greis, dessen Vertrauen er zu gewinnen gewusst hatte, in seiner Wohnung einer goldenen Taschenuhr, mit dito Kette und 40 Gulden an baarem Gelde, nachdem er ihn trunken gemacht hatte; auf Grund der Aussage zweier Zeugen haben dieselben sich mit eigenen Augen von diesem Factum überzeugt und dabei auch gesehen, dass Angeklagter die Schamtheile des entkleideten Greises betastete. Im November darauf wurde er von der Polizei wegen Verdachts der Betrügerei arretirt. Aus jener Zeit datirt denn auch eine Photographie von ihm, die auf dem Hauptbureau von Rechercheurs angefertigt ist, während er sich fälschlich ausgab für H. N. A. Dolfs Paul und angab, er wäre 28 Jahre alt und bei seinem Onkel in Haarlem in Stellung.

IV. Conclusio. Schon eine oberflächliche Betrachtung lehrt, dass das Bild, welches wir oben skizzirten, Charakterzüge

Digitized by Google

aufweist, die auch bei einer bekannten Form von psychischer Verirrung, nämlich bei der Mania angetroffen werden; eine genauere Erwägung zeigt dies noch deutlicher. Der Angeklagte ist, ebenso wie der Maniacus in den leichteren Graden, die wir mehr im Auge haben, fröhlich und munter, lebendig und beweglich, sehr gesprächig, unverschämt, schlagfertig, behende, grob, ein rechter Optimist, sieht alles, so zu sagen, durch eine vergoldete Brille an, leidet an zu hohem Selbstgefühl, kleidet sich auffällig, kommt, so zu sagen, vom Hundertsten ins Tausendste, giebt scheinbar die Beweise grosser Gaben und scharfen Verstandes, die ihm jedoch fehlen, während in Wirklichkeit aus all seinem Thun und Lassen seine Flüchtigkeit und Oberflächlichkeit hervorgeht.

Auch der Angeklagte ist, wenn er in seiner Freiheit nicht beschränkt wird, ausgelassen fröhlich, führt ein höchst ungebundenes Leben, macht sich mancher Delicte schuldig, lügt und betrügt auf schamlose Weise, und ist in der Wahl seiner Mittel nicht wählerisch, nicht etwa, weil er mit schlauer Ueberlegung handelt, sondern vielmehr weil er dem Gedanken die That sofort auf dem Fuss folgen lässt. Gleich dem Maniacus beträgt sich Angeklagter, in eine zweckmässige Umgebung, z. B. das Gefängniss überführt, ruhig, ordentlich und fleissig, wiewohl auch dann seine Natur sich nicht verläugnet. Ebenso charakteristisch ist die eigentümliche Art, womit Angeklagter seine verkehrten Handlungen und sein unpassendes Auftreten zu bemänteln und zu beschönigen versucht, wobei er Beweise von schlauer Ueberlegung giebt und häufig in unverschämter Weise lügt. Er simulirt, dissimulirt, aggravirt, phantasirt, mengt Wahrheit, Dichtung und Lügen durcheinander, in einer Weise, dass sie nicht mehr zu scheiden sind, ist mit einem Worte: ein geborner Comödiant.

Aus dem Vorgehenden geht hervor, dass eben dieselben Charaktererscheinungen sowohl beim Angeklagten wie bei den erwähnten Fällen von Manie angetroffen werden, dass, mit wenigen Worten gesagt, Lust und Ungebundenheit in beiden Fällen den rothen Faden bilden, den man in dem ganzen Krankheitsbilde verfolgen kann, und welcher den psychischen Zustand beherrscht. Dennoch decken sich die Bilder darum nicht, und besteht ein belangreicher, gradueller Unterschied zwischen dem Angeklagten und dem Maniacus. Bei Letzterem macht die krankhafte Lust ihren

Digitized by Google

Einfluss auf das Verstandesvermögen doch in dem Maasse geltend, dass, wofern der Patient nicht in der Freiheit zu handeln beschränkt wird, die krankhafte Störung sogar dem nicht Sachverständigen nicht entgehen kann; so giebt z. B. das krankhafte Selbstgefühl Veranlassung zum Auftreten von Wahnideen, die in Folge ihres specifischen Charakters nur mit Mühe simulirt werden können und auch vom Angeklagten nicht simulirt worden sind.

Litte Angeklagter an einer krankhaften Störung seines Denkvermögens im obenerwähnten Sinne, dann müsste dies aus den Mittheilungen, die wir im Obigen so objectiv als möglich niedergeschrieben haben, hervorgehen. Angeklagter leidet also nicht an Geisteskrankheit, ist jedoch nach unserer Meinung eben so wenig ein sogenannter „normaler" Mensch, das will sagen, ein Individuum, welches, was seinen Geisteszustand angeht, innerhalb der „normalen Breite" fällt. Schon in seiner frühen Jugend wurden dieselben Eigenschaften an ihm wahrgenommen, die er jetzt noch besitzt, Eigenschaften, die ihn, so zu sagen, als einen Verbrecher charakterisiren.

Angeklagter ist mit andern Worten ein excentrischer Charakter, ein „Minderwerthiger", wie Manche das nennen: ein geborner Verbrecher. Das obige Bild des Angeklagten kann nach unserer Meinung mit dem Namen: „Sanguinischer Minderwerthigkeits-Typus" bezeichnet werden, weil es sich einfügt zwischen den Maniacus einerseits und dem sanguinisch-temperirten normalen Menschen andrerseits; bei allen dreien werden Lust und Ungebundenheit als psychische Grundkennzeichen angetroffen. —

V. Schluss. Als Endresultat unserer Untersuchung kamen wir zu dem Schlusse, den wir ohne jeden Vorbehalt aussprachen, dass Angeklagter nicht litte an mangelhafter Entwickelung oder krankhafter Störung seines Verstandesvermögens.

Bei dem öffentlichen Termine zeigte sich Angeklagter genau von der Seite, von der wir ihn im Obigen kennen gelernt, namentlich fiel sein ostentatives Auftreten, seine Schlagfertigkeit und Beweglichkeit allgemein ins Auge.

Digitized by Google

Ueber das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei der Paranoia.[1])

Von

Dr. **A. Mercklin,**

II. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt Lauenburg i. Pomm.

Je mehr sich in unseren Tagen die Arbeit zahlreicher Irrenärzte der Paranoiaforschung zuwendet, desto mehr zeigt es sich, dass auf diesem Gebiet die Zahl ungelöster Fragen noch eine sehr grosse ist. Es sind nicht nur die bekannten, bald als acute Paranoia, bald als Wahnsinn bezeichneten Krankheitsbilder, ihre Symptomatologie und klinische Umgrenzung und ihre Stellung zum Krankheitsbegriff Paranoia, welche unsere besondere Aufmerksamkeit wohl noch für längere Zeit in Anspruch nehmen werden. Auch die zum Ausgangspunkt aller dieser Untersuchungen dienende Grundform, die als besondere Krankheitsform unangefochtene Paranoia chronica birgt sowohl in allgemein-psychopathologischer Beziehung, als mit Rücksicht auf ihre Verlaufsformen eine ganze Reihe von Aufgaben, die noch der Bearbeitung harren. Ein Vergleich der letzten hervorragenden Darstellungen dieser Krankheitsform, unter welchen ich besonders die von ***Meynert*** und ***Magnan*** in ihren klinischen Vorlesungen und die von ***Kraepelin*** in der IV. Auflage seines Lehrbuchs gegebene hervorheben möchte, zeigt, wieviel im Einzelnen noch durch weitere Untersuchungen zu entscheiden und zu sichern bleibt. Besonders gilt dies für die Klarstellung des primären psychischen Vorgangs bei der Entwickelung der Paranoia.

[1]) Vortrag, gehalten auf der Wanderversammlung des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins zu Zoppot am 30. Juli 1894.

Digitized by Google

Hier stehen wir erst am Anfang der Erkenntniss. Das geht auch aus der letzten, besonders in der Vielseitigkeit der berührten Gesichtspunkte werthvollen Discussion des Berliner Psychiatrischen Vereins hervor[1]).

Für die weitere Arbeit muss die Forderung gestellt werden, dass gewisse klinische Fragen weniger nach den allgemeinen Eindrücken geschehener Beobachtung, als auf Grundlage einer eingehenden statistischen Bearbeitung entschieden werden. Hierher gehört z. B. die Frage nach der behaupteten Verlaufsverschiedenheit der Paranoia bei „Entarteten" und bei bis dahin psychisch Gesunden (*Magnan*), die Frage nach der Häufigkeit oder Seltenheit des Uebergangs der sog. „acuten Paranoia" in die typische systematisirende Paranoia chronica, die Frage nach der Häufigkeit des Vorkommens intercurrenter Stadien von Verwirrtheit bei der chronischen Paranoia u. A. — Andererseits werden wie früher für die allgemeine psychopathologische Grundlage der Paranoia geeignete Einzelfälle besonders ausgenützt werden können. Gegenüber der Legion unzugänglicher Paranoischer giebt es auch einzelne besonders zugängliche, durch deren wiederholte Befragung sich noch manches Einzelsymptom in seiner Entwickelung tiefer ergründen lassen wird.

Ich möchte mir heute erlauben, einen geringen Beitrag zur Symptomatologie der chronischen Paranoia zu geben durch einige Bemerkungen über das Verhalten des Krankheitsbewusstseins. Dass hierbei nicht der Zweck symptomatologischer Kleinmalerei verfolgt wird, sondern ein anderer Gesichtspunkt maassgebend ist, soll zum Schluss hervorgehoben werden.

Es ist das Verdienst *Pick*'s[2]), betont zu haben, dass alle Erscheinungen, die man umfassend als Krankheitsbewusstsein in psychischen Krankheiten bezeichnen kann, sich in zwei Symptome scharf sondern lassen. Diese sind: das Krankheitsgefühl, welches unter die Abnormitäten des Gemeingefühls zu rechnen ist und — die Krankheitseinsicht, welche durch intellectuelle Operationen zu Stande kommt, bisweilen auch auf Grundlage des Krankheitsgefühls sich aufbauen kann.

[1]) Vergl. diese Zeitschr. Bd. 50 u. 51, H. 1.

[2]) Ueber Krankheitsbewusstsein bei psych. Krankheiten. Archiv f. Psych. XIII.

Digitized by Google

Diese Scheidung der Begriffe ist eine wohl begründete, sie bewährt sich vorzüglich, wenn man das Verhalten des in Frage kommenden Symptoms bei der Paranoia ins Auge fasst, und manche Widersprüche in den Angaben der einzelnen Beobachter finden dann ihren Ausgleich.

Zunächst erscheint die chronische Paranoia als ein ungünstiges Feld für Beobachtungen über das Krankheitsbewusstsein. Schon *Snell* sen. betonte in seiner grundlegenden Arbeit über die uns beschäftigende Krankheitsform: „bezeichnend für die Monomanie ist, dass bei derselben kein Krankheitsbewusstsein vorkommt, wie dieses so häufig bei Manie und Melancholie vorhanden ist". *Westphal* bezeichnete in seinen klinischen Vorträgen das Fehlen des Krankheitsbewusstseins als ein charakteristisches Zeichen der Verrücktheit und betonte dabei, dass selbst ein erfahrener Irrenarzt, der dieser Krankheit verfallen sollte, nicht die Einsicht haben würde die Entwickelung der Krankheit bei sich selbst zu bemerken. Die Einsichtslosigkeit der Paranoischen gegenüber ihren Wahnideen, die Entrüstung, mit der sie in der Regel die Annahme einer geistigen Störung zurückweisen, bilden die unanfechtbare Grundlage für diese Lehrsätze, welche wohl hauptsächlich das Fehlen der Krankheitseinsicht im Auge haben.

In einem gewissen Gegensatz hierzu steht nun die mehrfach beobachtete Thatsache, dass es paranoische Kranke giebt, welche selbst zum Arzt und zwar zum Nerven- oder Irrenarzt kommen und Hülfe gegen ihre Krankheit verlangen. Welche Gefühle, bzw. welche Ueberlegungen treiben sie hierzu? Besteht wirkliche Krankheitseinsicht?

Vorbedingung für das Zustandekommen von Krankheitsbewusstsein ist ein gewisser Grad geistiger Reife, die Fähigkeit und Gewohnheit das eigene geistige Leben zu beobachten, seine Schwankungen zu controliren. So sehen wir ja z. B. die Zwangsvorstellungen, die von den davon betroffenen Erwachsenen stets als etwas Krankhaftes erkannt werden, bei ihrem nicht seltenen Vorkommen bei Kindern ohne Krankheitsbewusstsein erscheinen. Es finden sich daher bei Beobachtungen über das Krankheitsbewusstsein bei gebildeten Kranken naturgemäss reichere Ergebnisse. Auch die im Folgenden angeführten Beispiele betreffen vorwiegend gebildete Kranke.

Digitized by Google

In den meisten Fällen von Paranoia, welche Krankheitsbewusstsein zeigen, handelt es sich, wie ich gleich bemerken will, um Krankheitsgefühl, nicht um volle Krankheitseinsicht. Wo Krankheitseinsicht vorhanden ist, erweist sich dieselbe meist nur in charakteristischer Weise als eine partielle oder als eine vorübergehende.

Bleiben wir zunächst bei den Kranken, welche selbst ärztlichen Rath in Anspruch nehmen. Meist handelt es sich hier um Fälle, bei denen die Paranoia sich noch in dem (oft lange währenden) Stadium der Entwickelung befindet. Hallucinationen fehlen meist fast vollständig, und eine Systematisirung der Wahnideen ist noch nicht eingetreten. Das folgende Beispiel ist in vieler Beziehung typisch.

Ein 30jähriger Prediger kam 1894 selbst zur Anstalt und wünschte psychiatrischen Rath. Er habe eine eigenthümlich stechende Empfindung in der linken Kopfhälfte, eine gewisse innere Unruhe, die durch bestimmte Gedanken verstärkt werde. Dies lasse ihn befürchten, dass er geisteskrank werden könne. Sein Vater habe am Verfolgungswahn gelitten.

Es erwies sich, dass der Kranke, welcher frei von Hallucinationen war, deutlich das Symptom der krankhaften Eigenbeziehung zeigte, und dass Ansätze zu paranoischer Wahnbildung auf combinatorischem Wege bestanden. Nach einer unglücklichen Verlobungsgeschichte mit der Tochter eines Predigers glaubte er sich beachtet, von den Predigerfrauen gehasst. Er war, wie ihm selbst schien, unsicher und erregt, wechselte mehrmals seine Stellung, glaubte immer wieder Machinationen gegen sich zu bemerken, die wohl noch mit jener Verlobungsgeschichte zusammenhingen, da diese wohl sehr bekannt und überall hin gemeldet worden war. Er stand öfters auch wieder über diesen Gedanken und suchte sie als ein Product seiner Erregung zurückzuweisen. Aber sie seien im Anschluss an gewisse Wahrnehmungen immer von Neuem gekommen. „Etwas Krankhaftes ist bei diesen Gedanken dabei — sagte er — so kommt es mir vor. Mich beunruhigen kleine Sachen, die ich auf mich beziehe, besonders wenn ich allein bin. Das Aussprechen beruhigt mich wieder. Es ist mir Alles etwas unheimlich, anders wie sonst. In der Brust habe ich eine Strömung, so ein volles Gefühl. Das was mich besonders darauf hinführt, dass Alles krank sein könne, waren die Stiche in der Stirn. Da dachte ich, es könne eine Gehirnkrankheit werden, und kam hierher, um mich untersuchen zu lassen."

Diese Beobachtung repräsentirt jenes bekannte Entwickelungsstadium der Paranoia, in welchem die Kranken noch zeitweilig im

Digitized by Google

Stande sind, die krankhaften Associationen richtig zu beurtheilen, und so zeitweilig Krankheitseinsicht zeigen. Es scheint mir nicht richtig, diese Form der temporär corrigirbaren Wahnvorstellungen ohne Weiteres mit Zwangsvorstellungen zu identificiren, wie dies *Tuczek* und *A. Cramer* gethan haben. Die Kranken, wahrscheinlich durch eine eigenartige Verstimmung vorbereitet, lehnen nämlich den Inhalt dieser Vorstellungen im Moment ihres Auftretens nicht ab und erst später kommt es, häufig bei gleichzeitig vorhandenem Krankheitsgefühl und unter der Mitwirkung gesunder Personen zu einer annähernd objectiven Kritik des eigenen Zustandes. Ich möchte deshalb nochmals vorschlagen, Wahnvorstellungen von dieser Qualität einfach als mobile Wahnvorstellungen zu bezeichnen, im Gegensatz zu den mehr fixen, wie sie dem weiteren Verlauf der Paranoia eigenthümlich sind[1]).

Unser Patient beurtheilte also temporär seine Wahnvorstellungen richtig, er zeigte einen gewissen Grad von Krankheitseinsicht. Gestützt wurde diese Einsicht durch das gleichzeitig bestehende Krankheitsgefühl. Sensationen im Kopf und eine eigenthümliche Unruhe und Völle in der Brust, die ich der Kategorie der Angstempfindungen zurechnen möchte, wurden von ihm nicht nur peinlich empfunden, sondern richtig als nervöse Erkrankung gedeutet. Der Gedanke an eine erbliche Anlage — sein Vater hatte an Verfolgungswahn gelitten — bestärkten ihn in seiner Auffassung.

Während der Zeit der Beobachtung suchte der Kranke nicht ohne eine gewisse Ueberwindung die früheren Wahnvorstellungen als irrig zu corrigiren und klagte die fehlerhafte Eigenbeziehung als Krankheitssymptom an. Trotzdem unterlag er unter dem Einfluss derselben der Bildung neuer Wahnvorstellungen. Auch diese zeigten sich noch der Correctur zugänglich. Die weiteren schriftlichen Mittheilungen des Kranken beweisen, dass der Krankheitsprocess sich weiter entwickelt: immer mehr macht der Kranke

[1]) Dass in einzelnen Fällen durch Fortentwickelung von echten Zwangsvorstellungen zu Wahnvorstellungen der Paranoia zugehörige Krankheitsbilder entstehen, ist zweifellos. Die frühere Literatur über diese Frage ist in meinem Aufsatze: Ueber die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zur Paranoia, diese Zeitschr. Bd. 48 besprochen. Aus der neueren erwähne ich hier nur die Angabe *Jolly's* (Ueber Irrthum und Irresein. 1893. S. 22), dass diese Umbildung besonders in Fällen von Befleckungs- und Ansteckungsfurcht zu beobachten ist. In dieser Gruppe vollzieht sich in der That der Uebergang deutlich, vor den Augen des Beobachters.

Digitized by Google

die äusseren Verhältnisse, die scheinbare Beachtung und Missachtung seiner Person für seine Erregung und seine Empfindungen verantwortlich und bringt seine Wahnideen in ein System.

Wir sahen in dieser Beobachtung mehrere Factoren zusammenwirken, um vorübergehend Krankheitseinsicht und Bedürfniss nach ärztlicher Behandlung zu wecken. In anderen Fällen sind es besonders die Angst oder die Sensationen, die zur Entstehung des Krankheitsgefühls bezw. einer gewissen Krankheitseinsicht beitragen. — Im Entwickelungsstadium der Paranoia sind Angstempfindungen häufig. Sie scheinen meist secundär durch den Inhalt der Wahnvorstellungen ausgelöst zu werden, können aber auch unabhängig davon vorkommen.

Ein 21jähriger Kaufcommis, dessen Mutter mehrmals wegen Melancholie in Anstaltsbehandlung stand, stellte sich mir 1891 selbst vor und bat um ärztlichen Rath. Seit einiger Zeit komme es ihm so vor, als ob er besonders beachtet, beobachtet werde. Er müsse immer Alles auf sich beziehen, obgleich er sich immer sage, dass es gar nicht seinetwegen zu sein brauche, z. B. wenn die auf der Strasse stehenden Schutzleute Notizen in ihre Bücher machen, wenn er gerade vorübergehe. Obgleich es ihm oft durchaus so erscheine, als ob er beobachtet werde, wofür er Thatsachen anführt, müsse er sich doch nachher sagen, dass dies wahrscheinlich nur Nervenkrankheit und krankhafte Idee sei. Er habe ja nichts Schlechtes gethan. (Der Kranke zeigt zum Beweise seine Führungszeugnisse.) Er gerathe durch seine Gedanken in grosse unerträgliche Angst. Er bitte um die Mittel gegen seinen Zustand, damit er diese Angst verliere.

Auch in dieser Beobachtung vereinigten sich wohl Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht, um den Kranken zum Arzt zu führen. Reflexionen über Erblichkeit schienen mitzuspielen. Die weiteren Nachrichten bestätigten die Fortdauer der Krankheit.

Ein Dame, welche noch jetzt an chronischer hallucinatorischer Paranoia leidet, kam vor einigen Jahren zu mir und suchte Hülfe wegen Nervosität. Diese Nervosität bestehe hauptsächlich in schlechtem Schlaf und grosser Angst. Sie bemerke nämlich seit einiger Zeit, dass ihr Zimmer schwanke und Nachts gedreht werde. Das gehe von bösen Leuten aus.

Hier bestand nur Krankheitsgefühl, keine Krankheitseinsicht. Erst nach dem späteren Hinzutreten von Gehörshallucinationen verlor sich auch das Krankheitsgefühl. Die ersten Wahnvorstellungen hatten an Hallucinationen im Muskelsinn angeknüpft.

In sehr vielen, wenn auch nicht in allen Fällen scheint die

Digitized by Google

chronische Paranoia durch ein dunkles Krankheitsgefühl eingeleitet zu werden. Die Kranken fühlen sich unbehaglich, unruhig, in unbegreiflicher Weise gegen früher verändert. Störungen des Schlafs und ein verändertes Traumleben tragen dazu bei, in dieser Zeit ein allgemeines Krankheitsgefühl zu erzeugen. Man erfährt davon erst später, wenn andere Symptome die Kranken veranlassen, den Arzt aufzusuchen. Dies geschieht in einer Reihe von Fällen, wenn sich localisirte Sensationen einstellen und zu hypochondrischen Befürchtungen Veranlassung geben. In einigen Fällen kann dies im hypochondrischen Vorstadium längere Zeit beobachtet werden.

Meist sind aber jetzt schon Wahnvorstellungen von äusserer Beeinflussung zu constatiren. So bei jenen immer wieder von Zeit zu Zeit die ärztlichen Sprechstunden aufsuchenden hypochondrisch Verrückten, welche ihre zahlreichen Sensationen ganz oder zum Theil auf äussere Einwirkungen beziehen und doch stets in ihrem Krankheitsgefühl ärztliche Hülfe verlangen. Das folgende Beispiel zeigt einen solchen, jetzt in Anstaltsbehandlung befindlichen Kranken, der auch in ätiologischer Beziehung Interesse bietet.

Der jetzt 37jährige Locomotivführer N., Sohn eines Trinkers, früher im Wesentlichen gesund, erlitt am 11. December 1891 einen Eisenbahnunfall. Während N. auf der Locomotive eines Arbeitszuges stand, senkte sich der Bahndamm, die Locomotive stürzte den hohen Bahndamm hinunter, wobei sie sich mehrfach überschlug. Der Heizer, welcher hinter N. stand, schlug ihn beim Fallen mit dem Hacken gegen Rücken und Hals. Als er unten ankam lagen auf ihm Eisenstangen und Steinkohlen. Contusion der Wirbelsäule, Bruch der linken 2. Rippe, des 2. rechten Mittelfussknochens. Diese Verletzungen waren bald geheilt. An „traumatischer Neurose" wurde N. im Berliner medico-mechanischen Institut und in einer Kaltwasserheilanstalt vom Juni bis August 1892 behandelt. Er litt an hypochondrischer Verstimmung und quälenden Empfindungen im Rücken. „Schmerzen, Fliessen, Tropfen, Kriebeln, das hin- und herzieht, auf- und absteigt." Im Sommer 1893 ging es ihm leidlich, er stand fortlaufend in ärztlicher Behandlung. Im Herbst wurden die brennenden und ziehenden Schmerzen im Rücken und im Leibe stärker. N. bemerkte, dass seine Beschwerden sich nach dem Essen jedesmal verstärkten. Im Anschluss an diese Wahrnehmung entstand die Wahnidee, dass er medicamentöse, bezw. giftige Substanzen im Essen erhalten, und dass dies von dem behandelnden Arzt und seiner Frau ausgehe. Er glaubte auch zu bemerken, dass er nach den Mahlzeiten besonders beobachtet werde.

Als Pat. am 9. Februar 1894 in die Irrenanstalt Lauenburg aufgenommen wurde, zeigte er sich befriedigt darüber, dass hier eine erneute Be-

Digitized by Google

obachtung und Behandlung stattfinden solle. Er habe in Folge seines Unfalls ein schweres Nervenleiden erworben, das seinen Sitz wahrscheinlich im Rückenmark habe und sich in sehr quälenden Empfindungen im Rücken und im Kopf äussere. Der Kopf „schwindele, es sei so, als ob die Kopfdecke sich abheben wolle". Er bitte um eingehende Behandlung, er habe wenig Hoffnung, wieder gesund zu werden. Nach dem Essen trete immer eine „Veränderung seines Zustandes zum Schlimmeren" ein. Er sei der Ueberzeugung, dass er mit dem Essen auf Anordnung der Aerzte bestimmte Substanzen erhalte. Ob man ihn zum Zweck der Heilung oder in böser Absicht so quäle, darüber sei er nicht im Reinen.

Im Wesentlichen ist der Zustand des Kranken noch jetzt derselbe, auch in Bezug auf den körperlichen Befund. Keine Pupillendifferenz, Lichtreaction etwas träge, aber deutlich. Keine concentrische Gesichtsfeldeinengung. Sprache frei. Haut- und Sehnenreflexe lebhaft. Haut über dem Rücken hyperästhetisch. Alle Bewegungen sicher. „Von dem Eisenbahnunglück stammt der Zustand, aber er verändert sich nach dem Essen und das ist gemacht."

Dieser Krankheitsfall zeigt in classischer Weise die Entwickelung von Paranoia aus einem hypochondrischen Zustande, es besteht tiefes Krankheitsgefühl, aber nur partielle Krankheitseinsicht. Der Kranke hält sich für schwer nervenkrank, aber für die paranoische Wahnbildung fehlt ihm die Einsicht.

In Bezug auf Krankheitsbewusstsein im Initialstadium nehmen jene Fälle von Paranoia eine andere Stellung ein, bei welchen sich schnell Hallucinationen des Gehörs (und andere Sinnesgebilde) entwickeln. Hier pflegt die temporäre Krankheitseinsicht, auch im Beginn, nur sehr selten vorzukommen. Mir ist persönlich nur ein Fall bekannt geworden, in welchem eine Frau, welche später eine typische Paranoia chronica mit Verfolgungs- und Grössenideen zeigte, im Beginn der Krankheit einen Irrenarzt aufsuchte wegen ihrer Gehörshallucinationen, die sie richtig beurtheilte. In einem andern Fall kam ein junger Mann zur Anstalt, weil die Stimmen ihm zuriefen, er sei verrückt und müsse den Anstaltsdirector consultiren. Er zeigte keine Krankheitseinsicht, sondern nur dunkles Krankheitsgefühl.

Für diejenigen Fälle, welche sich Anfangs längere Zeit in einem Vorstadium von mobilen Wahnideen bewegen, bedeutet das Einsetzen von Hallucinationen meist den schnellen Verlust der temporären Krankheitseinsicht. Oft kann dies in sehr prägnanter Weise beobachtet werden.

Digitized by Google

52jährige Lehrerin. In die Irrenanstalt Rothenberg aufgenommen am 5. Februar 1888. Erbliche Veranlagung nicht festzustellen. Seit 2 Jahren mit dem Verschwinden der Menstruation verstimmt, niedergedrückt, misstrauisch. Bald auch Wahnideen: es komme ihr so vor, als ob man sie missachte, verfolge, aus dem Wege schaffen wolle. Ihr Bruder, Arzt, belehrte sie über das Krankhafte solcher Ideen. Nach einem Ortswechsel trat damals sichtliche Besserung ein. Seit einem Jahr kehrten gleichzeitig mit Druck- und Hitzegefühl auf dem Scheitel, Schlaflosigkeit und nächtlichen Beängstigungen ähnliche Gedanken wieder, zugleich aber auch solche des Inhalts, dass ein vornehmer Herr sie liebe, sie heirathen wolle. In der ersten Zeit nach der Aufnahme häufig ein Wechsel von Aufgehen in die Wahnvorstellungen und Bekämpfung derselben. „Ihre Heirathsgedanken seien nicht normal, ganz unnatürlich in einem Alter, wo man nicht an Heirathen denken solle." Dann wieder: „es sei ihr besonders schwer zu denken, dass diese Gedanken krankhaft wären, denn zum Theil wären sie ihr sehr angenehm." Meist geht sie in diesen Gedanken auf, glaubt aus verschiedenen Umständen entnehmen zu müssen, dass der Baron N. auch in der Nähe sei. Krankhafte Eigenbeziehung. Im Juni 1888 Eintritt von Gehörs- und Gefühlstäuschungen. Auch die temporäre Krankheitseinsicht geht jetzt verloren. Schnelle Ausbildung eines festen Wahnsystems.

In vielen Fällen von chronischer hallucinatorischer Paranoia zeigt der weitere Verlauf der Krankheit noch Krankheitsgefühl. Die Aeusserungen: „man macht mich nervös — verrückt — verwirrt" entsprechen in paranoischer Ausdeutung dieser Selbstempfindung. Auch braucht nur kurz darauf hingewiesen zu werden, dass sich im Verlauf der Paranoia zu jeder Zeit hypochondrische Stadien mit tiefem Krankheitsgefühl einschieben können.

Im Uebrigen ist für den weiteren Verlauf der Paranoia der vollständige Mangel an Krankheitseinsicht das charakteristische Symptom. Dem für uns greifbarsten Symptom, den Wahnideen, gegenüber versagt die Kritik der Kranken. Nur für einzelne Symptome, deren richtige Auffassung noch nicht Einsicht in die Wahnbildung bedeutet, bleibt öfters eine partielle Krankheitseinsicht bestehen. So für die Angst, für neurasthenische Erscheinungen aller Art, für einzelne Hallucinationen, für intercurrent vorkommende echte Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen. Ich verzichte darauf, hierfür Casuistik zu geben [1]).

[1]) Vgl. *Pick*, a. a. O. S. 550 ff. *Cramer*, Die Hallucinationen im Muskelsinn. 1889. *Mercklin*, a. a. O.

Digitized by Google

Die gewöhnlichen, leichten Remissionen, welche der Verlauf der Paranoia zeigt, verändern kaum das Verhalten des Krankheitsbewusstseins. Einzelne Wahnvorstellungen werden corrigirt, nicht gerade als krankhaft aufgegeben, der Kern des Wahnsystems bleibt bestehen.

Wird einmal der Verlauf der Paranoia durch ein acutes Stadium vollständiger Verwirrtheit unterbrochen — was nach meinen Zählkarten für die (chronische) Paranoia ein seltenes Ereigniss ist — so kann eine solche Episode nachher von den Kranken richtig beurtheilt werden — ohne dass deshalb Einsicht für das frühere Wahnsystem entsteht.

Ein seit mehreren Jahren an typischen Beachtungs- und Verfolgungswahn leidender Kaufmann, welcher als nicht gemeingefährlich aus der Anstalt Rothenberg entlassen und in Familienpflege übergegangen war, wurde im December 1888 vollständig stumm und kataleptisch der Anstalt wieder zugeführt. Er zeigte in der nächsten Zeit Bewegungsstereotypen, fing dann an zu sprechen, wobei er vollständig incohärent erschien, vorübergehend war er tobsüchtig. Mitte Januar 1889 wurde er klar, hatte für das Ganze nur eine summarische Erinnerung und zeigte wieder seinen früheren, systematisirten Verfolgungswahn. Von jener verwirrten Periode sprach er auch später nur mit grossem Ernst und einer gewissen Trauer: „das war — als ich geisteskrank war — das war, als ich tobsüchtig war“ — pflegte er zu sagen.

Der Vollständigkeit wegen wäre auch der Simulation von Krankheitseinsicht zu gedenken, die einzelne Paranoische mit grossem Geschick ins Werk setzen. Besonders im Entmündigungstermin und im Briefwechsel der in der Anstalt internirten Kranken mit ihren Angehörigen habe ich dafür classische Beispiele antreffen können. — Auf die Frage, wie weit ein Unterschied im Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei originärer und bei tarder Paranoia sich constatiren lässt, wie weit das Moment stärkerer erblicher Belastung die Entstehung des Krankheitsbewusstseins fördert, möchte ich heute nicht eingehen. Ebenso sollen Betrachtungen darüber, was den Eintritt der Krankheitseinsicht bei Paranoia verhindert, unterdrückt werden.

Nur noch eine Bemerkung sei zum Schluss gestattet.

Genaue Feststellungen über das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei Paranoia sind schon deshalb erwünscht, weil auf diese Weise diejenigen Zustände (Initialstadien, Remissionen) zur

Digitized by Google

Analyse kommen, welche am ehesten ein weiteres Eindringen in die ursprünglichen psychischen Vorgänge bei der Entwickelung der Paranoia versprechen. Weiter kommen bei genauer Kenntniss des Verhaltens des Krankheitsbewusstseins bei der Paranoia auch praktische, differential-diagnostische Gesichtspunkte in Betracht. Oft ist bekanntlich die Entscheidung, ob wir in einem uns ohne genaue Anamnese zugehenden Krankheitsfall mit zahlreichen Hallucinationen und lebhafter Wahnbildung die Exacerbation einer hallucinatorischen Paranoia (chronica) oder einen Fall von hallucinatorischem Wahnsinn (Par. acuta) vor uns haben, nicht leicht. Hier wird das diagnostische und prognostische Urtheil erst nach weiterer Beobachtung des Verlaufs abgegeben. Tritt nun eine Remission ein, so kann das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei der Entscheidung sehr in die Wagschale fallen. Soweit meine Beobachtungen reichen, ist das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei den Fällen, die als hallucinatorischer Wahnsinn (*Kraepelin*) bezeichnet werden, meist ein anderes, als wie es oben beschrieben wurde. Hier tritt mit dem Verblassen der Hallucinationen die Wahnbildung zurück, und es zeigt sich bald Krankheitseinsicht, die nicht nur angedeutet ist, sondern sich in der Vollständigkeit vertieft. Die Abtrennung der in Rede stehenden Krankheitsgruppe von der Paranoia kann natürlich sich auf ein derartiges Einzelsymptom nicht gründen, wird aber dadurch mit gestützt. Es ist durchaus wünschenswerth, dass das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei diesen acuten Krankheitsformen noch näher verfolgt wird — ich darf vielleicht später wieder darauf zurückkommen.

Digitized by Google

Ueber einen Fall von Menstrualpsychose mit periodischer Struma und Exophthalmus.

Von

Dr. **Ernst Thoma,** Hilfsarzt in Illenau.

Es darf wohl als feststehend angenommen werden, dass der als „Menstruationswelle" bezeichnete Lebensvorgang nicht nur auf schon bestehende Psychosen einen bedeutenden Einfluss ausübt, sondern auch zweifellos als Entstehungsursache für gewisse Geisteskrankheiten angesprochen werden muss. Eine Reihe von Autoren hat sich in diesem Sinne ausgesprochen. Ich verweise hier nur auf die Arbeiten von *Schlager*[1]), der übrigens weniger den physiologischen Vorgang der Menstruation, als vielmehr die Anomalien derselben in den Bereich seiner Beobachtung zieht, ferner *v. Krafft-Ebing*[2]), *Schüle*[3]), *Ellen F. Powers*[4]), letztere mit ausgedehnter Casuistik. —

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass der physiologische Vorgang der Ovulation auf das Centralnervensystem einen Reiz ausübt, der innerhalb der Grenzen des Normalen sich in einfachen Schwankungen des psychischen Verhaltens, gewöhnlich der Stimmung, äussert. *Reinl,* dem wir eine sehr exacte Arbeit über die einschlägigen Verhältnisse verdanken, bezeichnet diese typisch wiederkehrenden Hebungen und Senkungen, zugleich mit und neben analogen Vorgängen in der Pulsfrequenz und der Wärmebildung, als „psychisches Wellenleben des Weibes".

[1]) Diese Zeitschr. 15.
[2]) Archiv f. Psychiatrie. 8.
[3]) Diese Zeitschr. 47.
[4]) Dissertation. Zürich 1883.

Digitized by Google

Trifft nun der erwähnte physiologische Reiz der Ovulation auf ein bereits erkranktes oder durch schädigende Einflüsse, namentlich erbliche Belastung, geschwächtes Centralorgan, so kann derselbe in dem Falle einer schon bestehenden Psychose dieser letzteren ein bestimmtes Gepräge verleihen, unter andern Umständen aber zur directen Veranlassung für eine neuropathische Erkrankung werden. Es liegt nun in der Natur der Sache, dass der Einfluss der Menstruation sich zunächst darin zeigt, dass das Krankheitsbild zu einem periodischen wird.

Es würde jedoch zu weit führen, wenn man auch diejenigen Fälle zu Menstruationspsychosen rechnen wollte, bei welchen sich ein gewisser Einfluss irgend einer Menstruationsphase in einer Steigerung oder Milderung eines bestehenden Krankheitsbildes zeigt. Diese Fälle sind vielmehr nur als Analogien des normalen Einflusses der Menses zu betrachten. Um von einer menstrualen Psychose reden zu können, muss jedenfalls der Nachweis geführt werden, dass jeweils dieselben psychischen Anomalien, die sonst nicht nothwendig in dem Krankheitsbilde enthalten sein müssten, mit derselben Menstruationsphase zusammenfallen, resp. immer wiederkehren.

Unser vorliegender Fall bietet aber nicht nur für diesen Zusammenhang gewisser typischer psychischer Anomalien, mit der jeweiligen Menstruationsepoche einen bemerkenswerthen klinischen Beleg, sondern erweitert diese Beziehungen noch, insofern er auch einige ebenso streng periodisch auftretende körperliche Erscheinungen aufführt, welche im weitern sich zu Anhaltspunkten verwerthen lassen für ein erstes physiologisches Verständniss der Genese der complicirenden psychischen Erkrankung. Ich meine die Struma und den Exophthalmus im beobachteten Falle. Beide deuten auf eine Betheiligung des Gefässnervensystems hin. — Dass aber eine solche vasomotorische Betheiligung überhaupt stattfindet, ist schon früher durch *G. Burckhardt's* Beobachtung, — wonach bei gewissen circulären Fällen in der Depression die Menses dunkler (venöser) fliessen als in der Exaltation, — höchst wahrscheinlich gemacht worden. Speciell in meinem Falle lag anfangs der Verdacht nahe, dass die beiden oben genannten Symptome, Struma und Exophthalmus, noch directer auf einen eventuell vorhandenen Morbus Basedowii zu beziehen wären. Da jedoch weder

Digitized by Google

der Exophthalmus, der zudem ein häufig wechselnder war, das typische Verhalten bot, noch auch in dem ganzen bisherigen Verlaufe der Erkrankung jemals Tachycardie nachweisbar war, so durfte die erwähnte Annahme als ausgeschlossen gelten.

Ich lasse jetzt die Krankheitsgeschichte folgen, muss jedoch vorausschicken, dass die bisher angestellten therapeutischen Versuche nur eine unwesentliche und vorübergehende Wirkung hatten, die Krankheit also zur Zeit noch weiter besteht. Wir wollen daher die Krankengeschichte nur bis zu dem Beginn des periodischen Verlaufs verfolgen. Dieses sein Verhalten zu den Menses und den übrigen Symptomen lässt sich besser aus den beiliegenden Curven erkennen, welche Theile einer über $1^1/_2$ Jahre ausgedehnten täglichen Untersuchung sind.

P. D., ledig, geboren 1866 im Schwarzwalde, Tochter eines Flössers, ist erblich belastet. Der Grossvater starb geisteskrank, der Vater ist ein sonderbarer Mensch und Potator. Die Mutter starb an Magenkrebs. Von 3 Geschwistern starben 2 in früher Jugend. Eine Schwester lebt und ist gesund. Patientin selbst wird in der Jugend als fleissig und intelligent geschildert. Im Jahre 1883, im 17. Lebensjahre, traten bei ihr die Menses auf, aber spärlich und unregelmässig. Zugleich machte sie in diesem Jahre verschiedene heftige Gemüthsbewegungen durch. Diese Umstände werden als veranlassende Momente zu einer ersten psychischen Erkrankung namhaft gemacht, deren Beginn in das Ende des Jahres 1883 fällt.

Im März des Jahres 1884 wurde Pat. zum ersten Mal in die hiesige Anstalt aufgenommen. Sie befand sich damals in einem Zustande von Stupor mit Depression. Sie redete nichts, gab auch keine Antwort, nahm spontan keine Nahrung zu sich, kleidete sich nicht an, blieb stehen wo sie hingestellt wurde, war unrein, musste zu allen Functionen angehalten werden. Dieser Zustand hielt mit geringen Schwankungen während eines ganzen Jahres an, löste sich dann und ging durch eine moriaartige Phase allmälig in die Reconvalescenz über. In dieser wurde Pat. noch leicht in erregtem aber sonst klarem Zustande entlassen.

Am 31. October 1892 wurde Pat. zum 2. Male in die hiesige Anstalt aufgenommen. Ueber die Zeit von der Entlassung bis zur Wiederaufnahme fehlt jede Angabe. Anamnestisch war nichts zu eruiren, als dass Pat. im Spital, wo sie sich einige Tage aufgehalten hatte, sehr laut und unruhig gewesen sei.

Bei der Aufnahme in die Anstalt war sie wiederum in einem stuporösen Zustande, der dem in der ersten Krankheit durchgemachten ähnlich war.

Status. Pat. ist mittelgross, gut ernährt, mit kräftiger Musculatur. Gesichtsbildung regelmässig, Gerichtsausdruck niedergeschlagen, etwas stumpf.

Digitized by Google

Das Aussehen dem Alter entsprechend. Die Wangen sind geröthet, Hautfarbe und Schleimhäute normal. Der Schädel zeigt nichts Besonderes. Die Ohrmuscheln sind etwas mangelhaft ausgebildet. Die Zähne des Oberkiefers sind links vom ersten Schneidezahn an kleiner als rechts und zwar gleichmässig in der ganzen Reihe. Sonst bestehen keine Degenerationszeichen. Puls 72, klein, sehr leicht zu unterdrücken. Herzdämpfung etwas nach rechts verbreitert. Spitzenstoss sehr schwach, Herztöne dementsprechend, aber rein. Links über den Halsvenen etwas Nonnensausen. Die übrigen innern Organe sind normal. Pupillen gleich weit, reagiren gut. Haut- und Sehnenreflexe sind in normaler Stärke vorhanden.

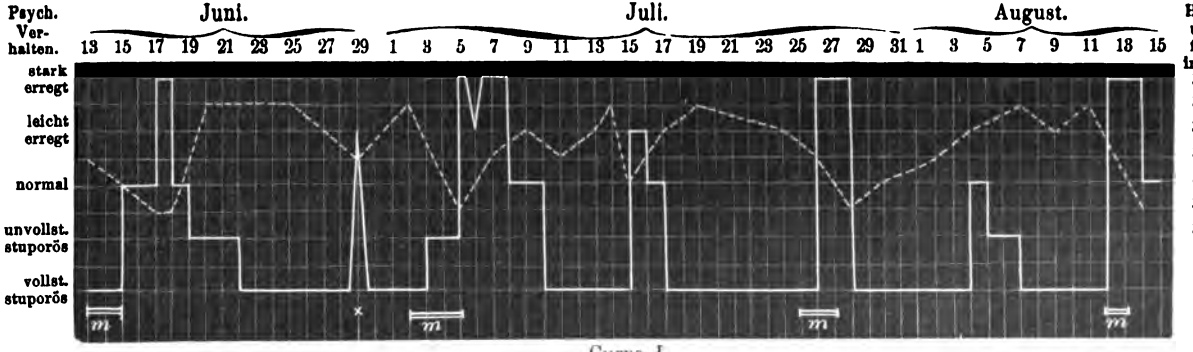
Zwei Dinge, die in dem Status bisher nicht erwähnt wurden, nehmen diesmal besondere Aufmerksamkeit in Anspruch. Erstens ein mässig grosser Parenchymkropf, der besonders an der linken Seite des Halses stark entwickelt ist. Derselbe fühlt sich weich an und zeigt deutlich etwas Pulsation. Zweitens fällt sofort auf, dass beide Augen, besonders das linke, stark prominiren. Die Tension beider Bulbi ist erhöht; auch hier wieder links bedeutender als rechts. Gräfe'sches Symptom ist nicht nachweisbar. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab rechts nichts Abnormes. Links erscheinen die Venen etwas mehr verbreitert und geschlängelt. Der Befund dieser beiden letztgenannten Erscheinungen ist jedoch, worauf ich später zurückkommen werde, keineswegs ein constanter, sondern ein häufig wechselnder.

Der weitere Verlauf der Erkrankung nach dem Eintritt in die Anstalt war nun folgender: Der psychische Zustand blieb zunächst derselbe. Depression und Stupor dauerten bis zum 4. November, als plötzlich die Kranke geistig freier wurde, zu sprechen und zu arbeiten anfing. Aber schon am folgenden Tage versank sie abermals in Stupor, welcher nun in wechselnder Intensität wieder andauerte bis zum 3. des folgenden Monats (December). Nun wurde die Kranke mit einem Schlage wieder freier, ja sogar auffallend heiter und gesprächig. Diese Erregung hielt 3 Tage an, worauf Pat. abermals in Stupor verfiel. Ich bemerke zugleich, dass die genannten Tage — der 4. Nov. und der 3. Dec. — in die Zeit fallen, in welcher die Menses erwartet wurden. Am 6. Januar 1893 traten endlich zum ersten Mal die Menses auf. Am 8. ist verzeichnet, dass Pat. wieder freier sei. Von da an beginnt nun ein regelmässiger Wechsel zwischen Stupor und Erregung. Ich verweise hiefür auf die beiliegenden Curven.

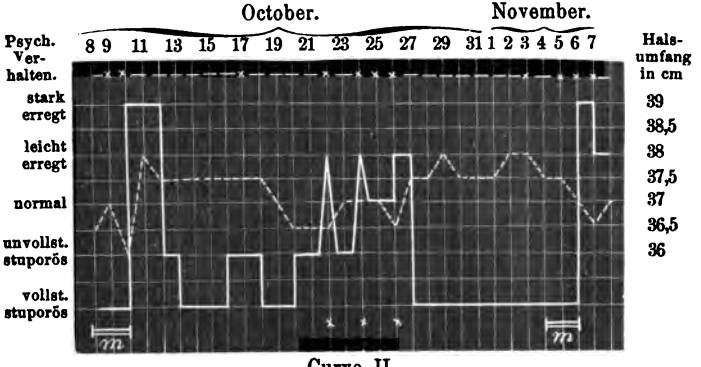
Zur Vervollständigung des Krankheitsbildes ist noch zu erwähnen, dass weder der Stupor noch die Exaltation stets denselben Stärkegrad einhalten, sondern in der Intensität vielfachen Schwankungen unterworfen sind.

Ganz in derselben Weise zeigen aber auch Struma und Exophthalmus fortwährende Schwankungen; der letztere besonders deutlich, so dass an einem Tage starke Protension

Digitized by Google



Curve I.



Curve II.

——— Psychisches Verhalten
------- Struma resp. Halsumfang in cm.
m Menses.
× Nasenbluten.
– – – Exophthalmus nach starker Tension d. Bulbi.
××× Kein Exophthalmus, geringe Tension.

Digitized by Google

und Tension der Bulbi zu constatiren ist, während am folgenden beide Symptome wieder bis zur Norm zurückgegangen sind, — um schon Nachmittags wieder von Neuem aufzutreten. —

Ich habe in den mitfolgenden Curven versucht, die Beziehungen der einzelnen Krankheitssymptome zu einander etwas übersichtlicher darzustellen. Bei der graphischen Darstellung besteht allerdings die Schwierigkeit, dass es für den Grad der Depression oder Exaltation kein absolutes Maass giebt, und nur subjective approximative Werthe einzutragen sind. Ebenso verhält es sich mit den Maassbestimmungen über den Grad des Exophthalmus, weshalb diese in der ersten Curve weggelassen wurden. Dagegen war eine genaue Beobachtung der Struma möglich. Dieselbe wurde täglich zu derselben Zeit an einer markirten Stelle mit einem schmalen Bandmaasse gemessen.

In den Curven ist nun als „vollständiger Stupor“ ein Zustand bezeichnet, in welchem Patientin indifferent und willenlos dasitzt, bei mehr oder minder vollständigem Perceptionsabschluss, nichts redet, nichts isst, spontan nichts vornimmt, sondern zu allem angehalten werden muss. Häufig ist sie in diesem Zustande auch unrein. Als „unvollständiger Stupor“ ist ein Zustand bezeichnet, in welchem Patientin spontan zwar für gewöhnlich auch nichts spricht, jedoch auf eindringliches Zureden eine kurze oft passende Antwort giebt oder lächelt, allein Nahrung zu sich nimmt und sich ankleidet, zeitweise auch, wenn man ihr eine Arbeit in die Hand giebt, mit Unterbrechungen, wiewohl ohne Interesse, arbeitet. Bei „leicht erregt“ ist die Kranke ausserordentlich heiter, gesprächig, sehr fleissig und viel geschäftig. Mit „stark erregt“ ist ein Zustand bezeichnet, in welchem Patientin viel lacht, fortwährend redet, tanzt, singt, nur mit Unterbrechung und nachlässig arbeitet, gegen die Umgebung zudringlich, mitunter auch leicht erotisch ist.

Aus Curve I, welche sich über einen Zeitraum von 62 Tagen erstreckt, ist zunächst ersichtlich, dass an Zeitdauer bei weitem die Depression überwiegt. Nur an 16 Tagen ist normales Verhalten oder Exaltation verzeichnet. Diese manische Erregung mässigen Grades sehen wir jeweils zur Zeit der Menses eintreten, jedoch nicht mit Beginn derselben und nur sehr selten im Verlauf des ersten Tages, sondern gewöhnlich an einem

Digitized by Google

der folgenden, häufig am letzten Tage. Dieses besondere Verhalten lässt uns der von *Reinl-Hegar* gefundenen, von *Schüle* klinisch bestätigten physiologischen Thatsache gedenken, wonach die Menstruation einen wellenförmig verlaufenden allgemeinen Lebensvorgang beim Weibe darstellt, dessen Gipfel der Eintritt der Menses ist. Der Zeitpunkt der Aenderung ist aber nicht der Gipfel der Welle, der gleichsam eine Art Ruhepause darstellt, sondern eben der Beginn des absteigenden Theiles der Welle. Dieses physiologische Ergebniss stimmt ganz mit unserer oben aufgeführten Beobachtung: nicht der Eintritt der Menses selbst bringt die Aenderung in dem psychichen Verhalten zu Stande, sondern erst die vollzogene Veränderung in dem ganzen Haushalt des Organismus, die durch die Menses nur eingeleitet war.

Dieser Parallelgang des psychischen Verhaltens mit der Menstruationswelle wird ferner dadurch bestätigt, dass auch zur Zeit des Intermenstruums häufig (wenn auch nicht immer) Schwankungen des psychischen Verhaltens vorkommen (vergl. *Schüle* l. c.). Manchmal sind diese Schwankungen eingeleitet durch heftiges Nasenbluten. Dieses letztere scheint die Bedeutung einer localen Entlastung des Kreislaufs zu haben, wie denn auch thatsächlich zu anderer Zeit, als während der Menses oder des Intermenstruums, heftiges Nasenbluten auf den Stupor lösend wirkte. Die Dauer der erwähnten Schwankungen ist jedoch eine sehr kurze.

Vergleichen wir jetzt das psychische Verhalten mit den Beobachtungen und Ergebnissen an der Struma, so sehen wir, dass hohe Werthe, also eine Zunahme des Halsumfangs mit der Zeit der Depression zusammen fallen. Während dieser Zeit fühlt sich die Struma auch consistenter an. Umgekehrt finden sich zur Zeit der Erregung die niedersten Werthe regelmässig für den Halsumfang. Es ist höchst bemerkenswerth, dass ein analoges Verhalten auch bei dem Exophthalmus zu beobachten ist (vergl. Curve II): starke Protension und Tension der Bulbi zur Zeit der Depression, Zurückgehen derselben bis auf die Norm zur Zeit der Exaltation (resp. der Menses und des Intermenstruums).

In dieser Weise verlief die Erkrankung mit fast typischer Aehnlichkeit der einzelnen Phasen bis jetzt. Ehe wir nun die Frage nach dem Zustandekommen resp. der muthmaasslichen Beziehung

Digitized by Google

der einzelnen Erscheinungen näher erörtern, sollen hier noch einmal kurz die Cardinalsymptome zusammengestellt werden.

Es handelt sich um einen — nicht organischen und nicht hallucinatorischen — Stuporzustand mit typisch wechselnder Intensität und mit constanten, gleichfalls wechselnden, den psychischen Schwankungen gleichgeordneten körperlichen Symptomen. Als solche treten auf: 1) ein beiderseitiger Exophthalmus und 2) eine Anschwellung der Schilddrüse. Mit der kurzen Erregungsphase, welche jeweils nach Beginn der Menses auf einige Tage sich einschiebt, trifft jeweils geringere oder normale Spannung der Bulbi und eine Abnahme der Struma zusammen. Zur Zeit des Intermenstruums und zwar synchronisch mit den Schwankungen der normalen Wellencurve, treten oft plötzliche, wenige Stunden dauernde Erregungszustände auf. Meistens, aber nicht immer, sind dieselben eingeleitet durch Nasenbluten. Dem selteneren anderweitigen, nicht in die Zeit der Menses oder des Intermenstruums fallenden kurzen Erregungszuständen, ging regelmässig starkes Nasenbluten voraus.

Prüfen wir nun alle diese Symptome, so deuten sie sämmtlich auf eine lebhafte Betheiligung des Circulationsapparates, resp. auf temporäre Aenderungen in der localen Blutvertheilung hin. Anders dürfte wohl das periodische An- und Abschwellen der Struma, sowie das Auftreten und Verschwinden des Exophthalmus kaum zu erklären sein.

Dass aber eine solch ungleiche Arbeitsvertheilung in verschiedenen Gefässgebieten physiologisch thatsächlich vorkommt, hat *G. Burckhardt* auf sphygmographischem Wege zur Evidenz nachgewiesen[1]).

Unzweifelhaft ist ferner in Folge klinischer Beobachtung in unserm Falle, dass die Menstruation an den Schwankungen einen wesentlichen zeitlich zusammenfallenden, genetischen Antheil hat. Nach Analogie anderer functioneller Vorgänge, liegt es nahe, an reflectorische Einflüsse zu denken. Wir würden darnach in unserm Falle annehmen dürfen, dass die mit der Depression verlaufende Phase der Menstruationswelle, im Carotisgebiet durch Parese der Gefässnerven eine Ueberfüllung des venösen Systems ver-

[1]) Archiv f. Psychiatrie. XX.

Digitized by Google

ursacht. Die nachweisbare schwache Herzaction ist aber, bei mangelhaftem Tonus der arteriellen Gefässe (vgl. sphygmograph. Curven), während der Zeit des Stupors nicht im Stande, das Hinderniss zu bewältigen. Erst wenn durch den Uebergang in den absteigenden Abschnitt der Menstruationswelle eine Beeinflussung der Gefässinnervation in entgegengesetztem Sinne — eine vasomotorische Erregung — im Gefässnervenapparate des Gehirns Platz greift, werden auch und zwar pari passu die psychischen Symptome geändert. In gleicher Weise dürften auch die Schwankungen im Intermenstruum zu erklären sein (vgl. *Reinl*).

Was den Einfluss des Nasenblutens auf die Gestaltung der psychischen Symptome — in entlastendem befreiendem Sinne anlangt, so liegt das Verständniss dieser jedenfalls nur localen Wirkung nicht ferne, wenn wir die vorhandenen Circulationsstasen im Kopf und dessen Umhüllungen überschlagen. Uebrigens spricht auch die Häufigkeit dieser Blutungen an sich ebenfalls für eine Ueberfüllung im venösen Gebiete. Wir konnten in der That die Richtigkeit dieser Beziehung noch durch ein therapeutisches Experiment prüfen. In der Unterstellung der angedeuteten circulatorischen Grundlagen — der venösen Stase im Hirngebiete und Schädel und der ad hoc unzureichenden Herzkraft — wurde versucht, durch Anregung der vis a tergo, der Herzaction, das bestehende Circulationshinderniss direct zu überwinden. Patientin erhielt nämlich nach Ablauf der, die Menses begleitenden Erregung während 10 Tagen regelmässig Digitalis in kleiner stimulirender Gabe. Während dieser ganzen Zeit verfiel Patientin nicht in den sonst regelmässigen totalen Stupor. Sofort aber nachdem die Digitalis weggelassen wurde, versank sie wieder in den genannten Zustand und zwar jetzt länger als gewöhnlich.

Die beistehenden Sphygmogramme aus der Zeit des Stupors I., der Erregung II. und während der Darreichung von Digitalis III., haben natürlich nur bedingten Werth, insofern diese, mit dem Sphygmographen von *Dugeon* an der Radialis aufgenommenen Curven keinen sichern Schluss auf die im Carotisgebiet obwaltenden Verhältnisse zulassen. Nur soweit die Veränderungen auf die Herzaction zurückzuführen sind, kann von einem Gefässgebiet sicher auf das andere geschlossen werden. Die drei Curven wurden vor-

Digitized by Google

zugsweise deshalb angefügt, um damit zwei oben erwähnte klinische Verhältnisse zu illustriren.

I.

II.

III.

Wir sehen erstens aus der primären Erhebung der Curve, die der Systole angehört, dass die Herzaction während des Stupors jedenfalls keine genügend energische ist. Zweitens aber ist zu erkennen, dass im Radialisgebiet der Tonus der Gefässe in der Depression ein anderer ist als in der Exaltation. Der Schluss auf eine analoge Veränderung des Tonus auch im Carotisgebiet wäre darnach immerhin zulässig.

Nach den soeben beschriebenen klinischen Ergebnissen scheint mir festzustehen, dass es sich in unserm Falle während des Stupors um eine venöse Stase handelt. Das Zustandekommen der Erregung lässt sich dann so erklären, dass, nach Lösung der Stase aus einer der oben erwähnten Ursachen, durch raschen Zufluss in die plötzlich freigewordene Bahn, geradezu eine arterielle Hyperämie folgt.

Es entsteht nun weiter die Frage: betrifft die nachgemessene circulatorische Stauung die ganze Schädelhöhle, oder nur Theile derselben, und welche Rolle spielen Struma und Exophthalmus in dem ganzen Vorgange?

Die Annahme, dass sämmtliche Hirngefässe an der Stase betheiligt sind, ist jedenfalls die einfachere, und es spricht dafür vor allem der oft ausserordentlich rasche Wechsel des psychischen Verhaltens nach Nasenbluten. Man könnte sich sonst nicht recht denken, wie bei dem Obwalten verschiedenartiger Verhältnisse, eine so schnelle gegenseitige Regulirung zu Stande kommen sollte.

Gehen wir aber von der plausibeln *Meynert*'schen Ansicht

Digitized by Google

aus, wonach Stuporzuständen im Allgemeinen eine Anämie des Gehirns entsprechen soll, so würde sich, aus mechanischen Verhältnissen der Circulation, daran weiter die Annahme einer venösen Stase in den Umhüllungen des Schädelinnern, als Folgeglied anschliessen. Die Erwägung liegt nahe, dass das aus dem Gehirn verdrängte Blut nach der Peripherie ausweicht und sich hier ansammelt, und zwar nicht nur in den Meningen, sondern auch nach der Augenhöhle (in dem retrobulbären Gewebe) und nach der Schilddrüse zu.

Mag nun die Stase mehr als eine allgemeine oder partielle zu betrachten sein: in einem wie im andern Falle fungirt sowohl die Augenhöhle, wie auch die Schilddrüse als ein Receptaculum für das aus dem Schädel fortgedrängte, ad hoc ausgeschlossene Blut. Der Exophthalmus und die Struma sind Beide sowohl mechanische Folgewirkung, als auch vielleicht Selbststeuerung einer örtlichen Circulationsstörung.

Man bemerkt sofort, dass diese Auffassung ein vollständiges Analogon zu der Ansicht *Schröder's van der Kolk*[1]) über das physiologische Zustandekommen des Schlafes bildet. Gestützt auf die Thatsache, dass im Schlafe die Schilddrüse anschwillt, nimmt der genannte Forscher an, dass dem Schlafe eine Anämie des Gehirns entspreche, wobei die Struma das periodische Reservoir für das verdrängte Blut abgebe.

Wie dem auch sein mag, für eine unwichtige Nebenerscheinung dürfen wir das streng cyclische Anschwellen der Struma in unserm Falle nicht ansehen. Haben doch die neueren Untersuchungen über Idiotie, sowie über die Cachexia strumipriva, genügend dargethan, dass die Schilddrüse zur Blutvertheilung und zur Ernährung des Gehirns in bedeutsamster Beziehung steht.

Der vorliegende Fall schien mir nicht nur im Allgemeinen einiges Interesse zu beanspruchen, insofern er als eine ausgesprochene Menstrualpsychose den Einfluss des als „Menstruationswelle" bezeichneten Lebensvorgangs auf das gesammte Nervensystem zeigt, sondern speciell auch, weil er durch die körperlichen Erscheinungen, von welchen die Psychose begleitet ist, die hervorragende Bedeutuug der circulatorischen Verhältnisse im Schädel

[1]) Pathologie u. Therapie der Geisteskrankheiten. Braunschweig 1863.

Digitized by Google

an dem Zustandekommen resp. der Variation der psychischen Erscheinungen experimentell zeigt.

Ob wir in der Betheiligung der Gefässgebiete der Augenhöhle und der Schilddrüse einen rein mechanischen (Folge-)Vorgang, oder aber noch eine Art „Selbststeuerung" der Natur vor uns haben (eine Art Compensation) gegenüber den Schwankungen im intracraniellen Blutgehalt bleibt vorerst dahingestellt.

Zum Schlusse erlaube ich mir, Herrn Geheimrath *Schüle* für Anregung und Unterstützung bei der vorliegenden Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Illenau, Juni 1894.

Digitized by Google

Beitrag zur Lehre der Urinveränderungen bei Geisteskrankheiten, insbesondere bei der progressiven Paralyse der Irren.

(Mit über 1000 Harnuntersuchungen bei 315 Geisteskranken und 2 casuistischen selbstbeobachteten Fällen von Diabetes mellitus und Glycosuria transitoria bei Dementia paralytica.)

Von

Dr. **P. R. Siegmund,**

Assistenzarzt der Prov.-Irrenanstalt Rittergut Altscherbitz.

Die Psychiatrie, anscheinend ein eng begrenztes und isolirt stehendes Gebiet der Heilkunst, berührt bei ihrer wissenschaftlichen Erforschung und noch mehr bei ihrer praktischen Ausübung fast alle Fächer der Medicin. Gilt es ja jetzt als sicher erwiesene und unumstössliche Thatsache, dass ein geistiges Kranksein ohne Veränderung der körperlichen Organe weder möglich, noch denkbar ist. Der Hauptsitz für diese somatische Veränderungen ist das Gehirn und die psychiatrische Forschung hat sich naturgemäss am eingehendsten mit diesem Organ beschäftigt und hat dabei noch viele und äusserst schwierige Aufgaben zu lösen.

Indess schon die enge und fast allseitige anatomische und physiologische Verbindung des Gehirns mit den übrigen Organen des Körpers musste darauf hinweisen, dass eine Erkrankung des Gehirns und jede Alteration seiner Functionen nicht ohne Einfluss auf die übrigen Organe und Functionen des Körpers sein kann und die tägliche Erfahrung bestätigt diese Annahme bei den Geisteskranken in vollem Maasse. Man braucht ja nur an die häufigen Ernährungstörungen bei Irren zu erinnern, für welche oft jede

Digitized by Google

Erklärung fehlen würde, wollte man sie nicht in directe Abhängigkeit von dem psychischen Leiden bringen.

Rein theoretisch hätte man andererseits schon zu der Einsicht kommen müssen, dass die körperlichen Krankheiten ebenso eine gewisse Rückwirkung auf das Centralnervensystem haben müssen, und dafür spricht die häufige Beobachtung, dass die meisten Körperkrankheiten leichte psychische Veränderungen, Gemüthsverstimmung, Unlust zur Arbeit, Reizbarkeit und gar nicht selten ausgesprochene Delirien zur Folge haben.

Handelt es sich nun im Verlauf der Krankheit um schwere allgemeine Ernährungsstörungen und um Schädigung wichtiger vegetativer Organe, so wird auch das Gehirn mehr oder minder darunter leiden und um so mehr, je weniger rüstig und widerstandsfähig es vorher schon war. Und so ist es wohl denkbar, dass ein erblich schwer belasteter und zu Geisteskrankheiten disponirter Mensch oder ein anderer mit schwerem Trauma capitis und dergl. zeitlebens geistig gesund geblieben wäre, hätte nicht eine Lungenentzündung, ein Typhus, ein Magencatarrh oder sonst welche Organ- oder constitutionelle Erkrankung den letzten Anstoss dazu gegeben, die Hirnthätigkeit aus ihrem Gleichgewicht zu bringen.

Diese kurzen Betrachtungen sollen begründen, wie nothwendig eine sorgsame Beobachtung des gesammten Organismus bei Geisteskranken ist. Neben der psychischen Behandlung hat die somatische wichtige und oft genug dankbare Aufgaben zu erfüllen. Deshalb gilt es, mehr noch fast, wie für jedes andere ärztliche Specialfach, gerade für die Psychiatrie, die Erfahrungen der gesammten medicinischen Wissenschaft zu verfolgen und sich nutzbar zu machen. Vor allem gewinnen die Fortschritte der physikalischen, chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden für den Irrenarzt einen doppelt hohen Werth, da er oft genug bei der körperlichen Untersuchung seiner Kranken allein auf sie angewiesen ist. Der geistig Gesunde kann den Arzt durch anamnestische und symptomatische Angaben unterstützen, beim Geisteskranken fehlen Aeusserungen über subjective Beschwerden und Symptome zuweilen ganz oder verlieren durch den Mangel gesunder Kritik sehr viel an Zuverlässigkeit. Während z. B. der hypochondrisch Irre bei körperlichem Wohlbefinden unerschöpflich ist in der Aufzählung seiner Klagen und angeblichen Krankheitssymptome, fehlt dem Maniacus, dem

Digitized by Google

Paralytiker oft jede Empfindung für die bestehenden schwersten körperlichen Leiden.

Hier ist es Aufgabe und Pflicht des Irrenarztes, sich durch genaue körperliche Untersuchung von den Angaben seiner Patienten möglichst unabhängig zu machen. Wie schwierig und umständlich solche Untersuchungen bei wenig tractablen, widerspenstigen, stuporösen oder dementen Patienten auch sein mögen, so sind sie doch unerlässlich für eine gewissenhafte irrenärztliche Behandlung.

Eine genauere Beobachtung und regelmässige Controle der wichtigsten vegetativen und physiologischen Functionen, vor allem das Verhalten der Körpertemperatur, der Verdauung und des Stoffwechsels, des Körpergewichts und der Menses geben dem Arzt viele wesentliche Anhaltspunkte. Oft genug kennzeichnen sich ja Veränderungen im Verlauf der Psychosen durch Zu- oder Abnahme des Körpergewichts, schwere Aufregungs- oder Depressionszustände können in starker Obstipation ihre Erklärung finden, und nicht selten ist plötzlich auftretendes Fieber das einzige Anzeichen für eine wichtige Organerkrankung.

Klingt es nun auch ganz selbstverständlich, dass eine öftere Harnuntersuchung mit in den Rahmen der somatischen Behandlung der Geisteskranken gehört, so scheint doch gerade dieser Zweig der Diagnostik bei Psychosen bisher nicht die hohe Würdigung und Bedeutung erlangt zu haben, wie bei den körperlichen Krankheiten.

Ein richtiger Grund dafür fehlt allerdings, und die Erklärung muss in mancherlei äusseren, derartige regelmässige Untersuchungen erschwerenden Umständen gesucht werden. — *Th. Kirchhoff*[1] betont in seinem Lehrbuch nur kurz die Nothwendigkeit der Urinuntersuchung bei Geisteskrankheiten: „In allen Fällen starker Abmagerung versäume man neben der Prüfung auf Eiweiss auch nicht eine solche auf Zucker, da Diabetes keine so seltene Begleitung der Erkrankungen des Centralnervensystems ist.“ —

Nicht immer gelingt es, von den Geisteskranken Urin zur gewünschten Zeit und in ausreichender Menge zu erhalten. Ja, einzelne Patienten, besonders manche Paranoiker und nach Angabe des Wartepersonals viele Frauen sträuben sich, so lange sie nicht bettlägerig sind, direct dagegen, den Urin in besondere Gefässe zu lassen. Jedenfalls erfordert es grosse Aufmerksamkeit und Ge-

Digitized by Google

schick von Seiten des Wartepersonals, die passende Gelegenheit zu benützen, und ein tägliches Ansammeln einer grösseren oder gar der 24stündigen Harnmenge ist trotz aller Bemühung bei vielen Kranken aus naheliegenden Gründen ganz unausführbar.

Sodann sind die Untersuchungen selbst recht zeitraubend, falls es sich nicht um ganz oberflächliche Proben handelt, die doch nur sehr beschränkten Werth haben können.

So kommt es, dass man bei Durchsicht der Literatur im Verhältniss nur wenigen ausführlicheren wissenschaftlichen Arbeiten begegnet, welche das Verhalten des Urins bei Geisteskranken behandeln und dementsprechend sind auch die Angaben in den Lehrbüchern über diesen Gegenstand meist dürftig und lückenhaft.

Dabei sind die einzelnen Autoren nur selten zu einigermaassen befriedigenden und übereinstimmenden Ergebnissen bei ihren Urinuntersuchungen gelangt, und selbst bei scheinbar ganz einfachen Fragen stösst man auf häufig ganz widersprechende Angaben, ich brauche nur an die weit auseinandergehenden Ansichten über die Häufigkeit der Albuminurie bei Psychosen und Neurosen, insbesondere bei der Epilepsie zu erinnern.

Eine Lösung dieser Streitfragen, die für die Stoffwechselverhältnisse bei Geisteskrankheiten von grossem Interesse sind, kann nur durch umfangreiche systematische und gewissenhafte Untersuchungen herbeigeführt werden.

Ueber die Bedeutung und den Werth der Stoffwechseluntersuchungen bemerkt ***Marro***[2]: „Zur fortschreitenden Erkenntniss der Seelenstörungen ist das Studium des Stoffwechsels in den einzelnen Psychosenformen unerlässlich, desgleichen für eine richtige diätetische Behandlung.“

v. Krafft-Ebing äussert sich ähnlich in seinem Lehrbuch[3] bei Besprechung der Störungen der secretorischen Functionen: „derartige Störungen sind häufig bei Irren, aber noch wenig erforscht. Insbesondere sind qualitative und quantitative Veränderungen der Urinsecretion bekanntlich bei Hirnerkrankungen nicht selten. Sie können ***(Mendel)*** Ausdruck anomalen Stoffwechsels im Hirn oder des durch die Hirnerkrankung geänderten Stoffwechsels in anderen Organen oder Folge der Einwirkung des erkrankten Gehirns auf die vasomotorischen Nerven der Niere sein. Die Untersuchungen des Urins bei Irren sind begreiflicher Weise von grosser Bedeutung

Digitized by Google

bezüglich der Erforschung ihres Stoffwechsels, jedoch sind quantitative Bestimmungen schwierig durchzuführen wegen der erschwerten Sammlung des Harns."

Angeregt durch *Mendel*'s bekannte Monographie über die progressive Paralyse der Irren[4], in welcher alle wichtigen Beobachtungen, Forschungen und Erfahrungen über diese Krankheit bis etwa zum Jahre 1880 niedergelegt sind, und welche auch eine ausführlichere urinologische Zusammenstellung enthält, prüfte ich bei einer grösseren Anzahl Paralytiker und bei anderen Geisteskranken den Urin auf den etwaigen Gehalt an Eiweiss und Zucker und kam bei längere Zeit regelmässig fortgesetzten Versuchen zu Resultaten, welche die Angaben *Mendel*'s in einzelnen Punkten ergänzen, zum Theil aber auch berichtigen dürften.

Ehe ich näher darauf eingehe, möchte ich mich kurz über den Gang meiner Untersuchungen äussern und die Eiweiss- und Zuckerproben, welche ich vorwiegend dabei angewendet habe, einzeln anführen.

Handelt es sich dabei auch um meist bekannte Dinge, so halte ich doch diese kurze Mittheilung nicht für zwecklos und im Interesse einer möglichen nachträglichen Beurtheilung und Controle meiner folgenden Angaben für unbedingt geboten.

Das Wartepersonal wurde angewiesen, den Urin Morgens möglichst kurz nach dem Aufstehen der Kranken, spätestens aber im Verlaufe des Vormittags in sorgfältig gereinigten Gefässen zu sammeln, denn bekanntlich (*W. Zülzer*[5]) sind die Nacht- und Vormittagsharne die am wenigsten von der eingeführten Nahrung beeinflussten Harnportionen.

Nicht immer gelang es täglich ein ausreichendes Urinquantum von den Patienten für die Untersuchungen zu erhalten, und aus bekannten Gründen musste meist auf die Ansammlung der 24 stündigen Urinmenge verzichtet werden. Katheterisirt wurde nur sehr selten und fast ausschliesslich nach paralytischen Anfällen, sobald die Kranken den Urin nicht spontan entleerten. Die erhaltene Urinmenge wurde dann regelmässig noch am selben Tage untersucht und nach Feststellung von Farbe, Aussehen, Geruch, Reaction und specifischem Gewicht sorgfältig filtrirt.

Nach den entsprechenden Angaben von *Jaksch*[6], *Penzoldt*[7] und *Lenhartz*[8] wählte ich als sichere und scharfe Eiweissprobe die

Digitized by Google

Kochprobe mit Salpetersäure-Zusatz. (Zum Harn Zusatz von etwa $^1/_5$ seines Volumens Salpetersäure und Erhitzen bis zum Kochen.)

Unter den qualitativen Zuckerproben kamen die *Trommer*'sche Probe und *Nylander*'s Modification der *Böttcher*'schen Probe in Frage.

Ich stellte zunächst Versuche mit diesen beiden Reductionsproben an, indem ich eiweiss- und zuckerfreien Urin mit abgewogenen Mengen von chemisch reinem Traubenzucker versetzte und so Zuckerharne von 0,05—0,1—0,2 pCt. u. s. w. aufwärts bis zu 5 pCt. herstellte. Wenngleich nun bezüglich der Sicherheit und Schärfe keine erheblichen Unterschiede zwischen beiden Proben gefunden wurden, so schien mir doch *Nylander*'s Modification der *Böttcher*'schen Probe vortheilhafter, da hier nur eine Farbe „Schwarz" den Ausschlag giebt, während bei der *Trommer*'schen Probe zahlreiche Nüancen von Gelb und Roth die Beurtheilung erschweren können.

Die *Nylander*'sche Probe gab schon bei einem Zuckergehalt von 0,05 pCt. einen positiven Ausschlag, sobald man den untersuchten Urin im Reagenzglase bis zum nächsten Tage stehen liess; es zeigte sich dann am Boden eine Spur schwarzes Sediment, während der übrige Urin klargelb und unverändert war. Bei einem Procentgehalt von 0,1 pCt. bis 0,4 pCt. Zucker aufwärts nahm das schwarze Sediment an Menge mässig zu, und der darüber befindliche Urin blieb zwar klar, färbte sich aber mehr und mehr dunkelbraunroth. Eine sofortige totale Schwarzfärbung des Urins nach dem ersten Kochen tritt erst bei einem Zuckergehalt von 0,5 pCt. ein, doch klärte sich auch hier der Urin bis zum nächsten Tage, er wird dunkelbraunroth und klar durchsichtig und setzt am Boden reichlich schwarzes Sediment ab. Bei sehr hohem Zuckergehalt nimmt das Sediment eine tiefblauschwarze bis grünlich schwarze Färbung an, während die oberen Urinschichten schwarz, und bei Durchsicht schön gesättigt roth aussehen.

Zuckerfreier Urin zeigt je nach der Höhe des specifischen Gewichts gar keine Veränderung nach dem Kochen oder setzt bis zum nächsten Tage spärlich oder (besonders bei hohem specifischem Gewicht) reichlich elfenbeinweisses, weissgraues, wachsartig gelbliches und wahrscheinlich bei Zuckerspuren grauschwarzes feinstes lockeres Sediment ab.

Digitized by Google

Vereinzelt, besonders bei icterischem Harn bildete sich auf der unteren weissen Sedimentschicht eine dünne tiefschwarze Deckschicht; ob diese mit dem Gallenfarbstoff in directer Beziehung steht, muss ich noch dahingestellt sein lassen.

Bezüglich der Einfachheit der Ausführung verdient die *Nylander*'sche Probe vor der *Böttcher*'schen und *Trommer*'schen entschieden den Vorzug. Man setzt zum filtrirten Urin $^1/_{10}$ seines Volumens von dem *Nylander*'schen Reagens (2,0 basisch salpetersaures Wismuth, 4,0 Seignettesalz und 100,0 Natronlauge von 8 pCt.) hinzu und erhitzt bis zum Kochen. Die Zusatzmenge lernt man bei einiger Vorsicht und Uebung annähernd nach Augenmaass bestimmen, und ein längeres Kochen ist entbehrlich, beschleunigt höchstens die Reaction, welche schon nach kurzem Erhitzen bis zum Kochen regelmässig, nur etwas langsamer, eintritt.

Die Mängel, welche im Allgemeinen der *Trommer*'schen und *Böttcher*'schen Probe als Reductionszuckerproben anhaften, fehlen natürlich auch nicht bei der *Nylander*'schen Modification. Neuerdings äusserte sich *C. Kistermann*[9] einschränkend über den positiven Werth der *Nylander*'schen Zuckerprobe. Nachdem er berechtigten Einwand gegen alle Zuckerreactionen, welche auf der reducirenden Eigenschaft des Traubenzuckers basiren, erhoben hatte, wies er nach, dass auch das *Nylander*'sche Reagens für den Nachweis geringer Zuckermengen keinen positiven Werth besitze. Die Reaction sei hier ebenso, wie die *Trommer*'sche, nicht sicher, denn sie trete zuweilen, besonders bei hochgestellten Harnen, ein, ohne dass Zucker anwesend sei. Welche Substanz die Reduction bewirke, sei noch unbekannt. Negativer Ausfall der *Nylander*'schen Probe (im sauren und eiweissfreien Harn) beweise dagegen mit Sicherheit die Abwesenheit von klinisch in Betracht kommenden Quantitäten Zucker.

Man wird den *Kistermann*'schen Ausführungen im Allgemeinen nicht gut widersprechen können, und doch behält, glaube ich, auch der positive Ausfall der *Nylander*'schen Probe immer noch einen hohen Werth, denn er ermöglicht bei der Untersuchung einer grösseren Anzahl von Harnmengen eine schnelle und relativ sichere Orientirung über den etwaigen Zuckergehalt derselben. Allerdings wird man zur Sicherung der Diagnose in den Fällen, in welchen die *Nylander*'sche Probe auf nur geringe Zuckermengen hinweist, und besonders bei sehr hochgestellten Urinen, noch die Gährungs-

Digitized by Google

probe ausführen müssen, was ich auch bei meinen Untersuchungen soweit als möglich befolgt habe. Nur auf diese Weise ist die qualitative Bestimmung des Harns auf Zucker durchaus sicher, einwandsfrei und dabei in relativ kurzer Zeit ausführbar.

Bei allen Untersuchungen auf Eiweiss und Zucker liess ich die Harnproben bis zum nächsten Tage stehen und notirte dann erst den Befund. Zum quantitativen Eiweissnachweis benützte ich *Esbach*'s Albuminimeter, zur quantitativen Zuckerbestimmung die *Fehling*'sche Titrirmethode.

Ehe ich über die Ergebnisse meiner Harnuntersuchungen berichte, will ich zunächst einen möglichst genauen Ueberblick über die Eigenschaften und Veränderungen des Urins bei der progressiven Paralyse der Irren geben, und werde ich ältere von *Mendel* nicht erwähnte, sowie alle neueren Literaturangaben, soweit sie mir zugänglich waren, seiner Zusammenstellung beifügen.

Nach *Mendel*[4] sind die Veränderungen, die der Urin in der Paralyse darbietet, durchaus nicht constant, und dementsprechend haben auch die verschiedenen Untersucher sehr verschiedene Resultate bekommen.

Das Nervengewebe verhält sich im Allgemeinen anders als das Drüsen- und Muskelgewebe, bei letzterm ist die Stoffabgabe während der Ruhe vermindert, während der Thätigkeit vermehrt.

Dagegen ist nach *Zülzer*'s Untersuchungen[5] die Stoffabgabe vom Nervengewebe im Zustande gesteigerter Erregbarkeit (Excitation) vermindert, bei abnehmender nervöser Erregbarkeit (Depression) erhöht. Als Harnbestandtheile liefert der Stoffumsatz im Nervengewebe die Phosphorsäure, Glycerinphosphorsäure, Kali- und Kalksalze.

So fand denn *Zülzer*[5] bei cerebralen Depressionszuständen (also bei herabgesetzter Reizbarkeit des Nervengewebes) die Menge der Phosphorsäure und Glycerinphosphorsäure im Harn vermehrt, bei Exaltationszuständen (also bei gesteigerter Reizbarkeit) vermindert. — *Birt*[10] controlirte diese Resultate bei comatösen und apoplectiformen Zuständen der Paralytiker (bei paralytischen Anfällen). In einem Falle betrug die gesammte P_2O_5 des Urins innerhalb 15 Stunden nach dem paralytischen Anfall 2,6615; der ausgeschiedene N = 10,69.

Auch nach *Lailler*[11] wechselt die Ausscheidung der Phosphor-

Digitized by Google

säure und des Harnstoffs bei der Paralyse je nach dem Krankheitszustand.

In dem *Lépine*'schen Falle mit paralytischen Erscheinungen nach Syphilis ist der relative Werth der Phosphorsäure (P_2O_5, Phosphorsäureanhydrid) vermindert und steigt nach der Behandlung mit Jodkalium.

Die 24stündige Urinmenge schwankt bei Paralytikern, wie *Furner*[12] fand, zwischen 625 und 2669 ccm, während sie sich in der Norm zwischen 1000 und 1500 ccm bewegt.

Johnson Smyth[13] untersuchte den Urin bei Melancholie, Epilepsie, Paralyse und secundärer Dementia und giebt an, dass die Urinmenge am grössten bei Paralyse ist und noch über die Norm des Gesunden hinausgeht, am kleinsten soll sie bei secundärer Demenz sein.

Das specifische Gewicht will *Lombroso*[3] bei Dementia paralytica gesteigert gefunden haben, während *Voppel*[14] betont, dass bei paralytischen Irren zuweilen sehr niedrige specifische Harngewichte vorkommen.

Ueber die Harnreaction bei Irren und insbesondere bei Paralytikern bemerkt *Heinrich*[15]: „der Ansicht, dass der Urin der Irren und zwar vornehmlich bei gewissen Hauptformen der Psychose eine vorwiegende Neigung besitze, alkalisch zu werden, muss ich widersprechen. Es darf keineswegs dem Irresein als solchem, ja nicht einmal vorzugsweise der einen oder der andern Grundform desselben, eine ausgesuchte Disposition zur Alkalescenz zugeschrieben werden. Selbst bei Paralytikern, welchen der Harn entweder unwillkürlich abfloss, oder denen derselbe durch den Katheter entfernt werden musste, fand sich keine alkalische Reaction des frischen Nierensecrets vor. Ursprünglich alkalischer Harn ist bei näherer Prüfung eine seltene Erscheinung. Das Irresein begünstigt nur durch Urinretention in Folge Blasenlähmung Zersetzung des Secretes innerhalb der uropoetischen Organe, besonders der Blase, und deshalb alkalische Beschaffenheit des Urins.

Ja die Acidität des Harns ist bei Geisteskranken, wie *J. Smyth*[13] berichtet, sogar erhöht und zwar am meisten bei Paralyse, Epilepsie und Demenz.

Derselbe Autor giebt an, dass die festen Bestandtheile am reichlichsten bei Paralyse, am geringsten bei secundärer Demenz

Digitized by Google

sind. Gesunde sollen nicht mehr Harnstoff absondern als Geisteskranke. Bei Paralyse, Epilepsie und Melancholie scheint ihm der Harnstoff in ziemlich gleicher Quantität abgesondert zu werden, obwohl die Urinsecretion bei Dementen herabgesetzt ist. Kreatinin steigt auf eine höhere Procentziffer bei Paralyse und bei Demenz als bei Gesunden.

Turner[12] fand die Phosphorsäure bei den untersuchten Paralytikern nur in 2 Fällen während congestiver Zustände etwas erhöht —, also offenbar (entgegen der Ansicht *Zülzer*'s[5]) in Folge cerebraler Erregung mit gesteigerter psychischer und motorischer Activität. Während aber die Alkali-Phosphate nicht erheblich von der Norm abwichen, waren die Erdphosphate erheblich unter dieselbe gesunken.

Der Harnstoff war in 48 Fällen vermindert, in 11 normal und nur in 2 Ausnahmefällen vermehrt. Es ist also nach ihm Regel, dass in allen Stadien der allgemeinen Paralyse die ausgeschiedene Harnstoffmenge vermindert ist. Da dies nicht von der in der Anstalt gereichten Nahrung abhängen kann, so muss diese Aenderung des Stoffwechsels als eine Eigenthümlichkeit der Krankheit betrachtet werden. Endlich werde der ganze Stickstoff in der Form des Harnstoffs ausgeschieden.

Nach Angabe von *v. Krafft-Ebing*[3] secerniren paralytische Irre in den Anfangsstadien der Krankheit gewöhnlich eine grössere Harnmenge und, entsprechend der gesteigerten Nahrungsaufnahme, mehr Harnstoff und Chloride als gesunde Individuen. Mit zunehmender Dementia sinken Harnmenge, absolute Menge des Harnstoffs und der Chloride, während das specifische Gewicht erhöht ist und selten eine Trübung durch harnsaure Salze vermisst wird. In derjenigen Periode der Paralyse, in welcher trotz guten Appetites und fehlenden Fiebers eine rapide Abnahme des Körpergewichts bemerklich ist, fand sich ein ungemein schwerer Urin (bis 1030), und zeigten sich Phosphor- und Schwefelsäure gegenüber den anderen festen Bestandtheilen erheblich vermehrt. Bei tobsüchtiger Aufregung fand sich sowohl absolut als relativ zu den übrigen festen Bestandtheilen des Urins eine erhebliche Abnahme der Phosphorsäure (bis auf 1 pCt. und darunter).

Lailler's[16] Untersuchung des Urins Paralytischer ergab keine im Allgemeinen charakteristischen Veränderungen, wohl aber ge-

Digitized by Google

wisse Eigenthümlichkeiten, die auf Krankheitsstadium und Form zu beziehen sind.

Im prodromalen Depressionszustand steht die Gesammtmenge der verschiedenen durch den Urin ausgeschiedenen Abgänge unter dem physiologischen Mittel. Während des ängstlichen Deliriums sind die Ausscheidungen trotz der unzureichenden Ernährung des Kranken gesteigert. In der ersten Krankheitsperiode ist kohlensaures Ammoniak im Harn nicht aufzufinden, wohl aber in der letzten Periode, abhängig von der Parese oder Paralyse der Harnblase.

Auffallender Weise ist im Stadium der grössten intellectuellen Hyperactivität die Menge der ausgeschiedenen Phosphorsäure nicht grösser als unter normalen Verhältnissen.

Es bietet aber auch der Urin, wie *Mendel*[4] berichtet, in den verschiedenen Stadien der Paralyse verschiedene Abweichungen dar, so dass auch mit Rücksicht darauf hin allgemeine Sätze über die Beschaffenheit des Urins der Paralytiker nicht aufgestellt werden können. Im melancholischen ersten Stadium erscheint die Urinmenge vermindert, das specifische Gewicht schwankt zwischen 1015 bis 1030; die festen Bestandtheile zeigen in der Regel eine grössere Menge Phosphate; Harnstoff und Chloride pflegen nicht in demselben Grade vermehrt zu sein. — Uebrigens ist nach *Falret*[17] die Menge des Urins bei der depressiven Form der Paralyse an Quantität und an Harnstoff excessiv vermehrt.

Im maniakalischen Stadium tritt nicht selten eine grössere Harnmenge auf, und entsprechend der gesteigerten Nahrungsaufnahme, finden sich mehr Harnstoff und Chloride, als bei gesunden Individuen. Dies fand *Mendel*[18] in Uebereinstimmung mit *Rabow*[19].

Bei stärkerer Excitation nimmt in der Regel die Menge der Phosphorsäure ab. Von 3 pCt. der gesammten festen Bestandtheile fällt sie auf 1,10 bis 1,80 pCt.; die Gesammtmenge in 24 Stunden beträgt 0,4—0,8.

Sutherland und *Beale*[20] fanden die Quantität der Phosphate im Erregungszustande vermehrt, während *Addison*[21] Chloride, Harnstoff und Phosphorsäure vermindert sah.

Merson[22] fand den Harnstoff vermehrt, Chloride und Phosphorsäure vermindert, Schwefelsäure normal, so das das specifische

Digitized by Google

Gewicht kaum verändert war, indess die Menge ein wenig vermindert, relativ zum Körpergewicht aber vermehrt erschien.

Im dementen Stadium nimmt die Harnmenge erheblich ab (500—600 g), gleichzeitig die absolute Menge des Harnstoffs und der Chloride, wie der Phosphorsäure.

Die Summe der festen Bestandtheile ist meist so erheblich erniedrigt, dass sie kaum die Hälfte der Normalzahl beträgt. Die Erhöhung des specifischen Gewichtes (*Rabow*) konnte *Mendel* in vielen Fällen nicht beobachten; dasselbe zeigte oft 1011, 1012 bis 1016.

Reicher an festen Bestandtheilen fand *Lailler*[33] den Urin der Paralytiker in der letzten Periode. Die abnorm geringe Menge von Phosphaten beobachteten auch *Addison* (l. c.) und *Lombroso*[34].

Lailler[35] macht ausserdem noch auf das häufige Vorkommen von alkalischem Harn aufmerksam, ohne dass die Einführung eines Ferments von Aussen her nachweisbar ist. Andererseits soll der Harn zuweilen 8 Tage und länger sauer bleiben, auch wenn er täglich mit dem Katheter entleert werden muss. *Rabow* fand jene alkalische Reaction dann besonders, wenn der Urin mit Katheter entleert wurde, indem die saure Reaction schnell verschwand.

Eiweiss fand *von Rabenau*[36] bei 20 von 36 Paralytikern zu irgend einer Zeit der Krankheit, obwohl nie Harncylinder oder anderweitige Symptome einer Nierenerkrankung da waren. *Mendel* konnte diesen häufigen Befund von Eiweiss ebenso wenig wie *Richter*[37] und *Rabow*[39] bestätigen.

Köppen[38] stellte den Satz auf, im Urin Geisteskranker finde sich häufiger Eiweiss, als bisher angenommen wurde. Besonders gelte dies von Psychosen auf der Grundlage einer allgemeinen Arteriosclerose. *Fürtner* beobachtete Albuminurie bei Delirium tremens, welche mit der psychischen Verwirrtheit und Benommenheit zunahm. Die Urine hatten dabei meist hohes specifisches Gewicht (centrale Albuminurie). Das regelmässige Vorkommen von Eiweiss im Urin bei Delirium acutum gab *Köppen*[39] Anlass, allgemein bei Psychosen, die mit Erregungszuständen verbunden waren, Urinuntersuchungen auf Eiweiss vorzunehmen. Eiweiss fehlte unter 80 Fällen nur bei 28. Positive Ergebnisse wiesen unter 14 Fällen von progressiver Paralyse 5 auf. Es lag nahe, in der Concentration des Urins, die in Erregungszuständen natürlich ist, die Ur-

Digitized by Google

sache des Eiweissgehalts zu suchen, wo nicht Complicationen durch Herzerkrankung u. a. heranzuziehen waren.

Das hohe specifische Gewicht schien dafür zu sprechen. Aber Eiweissgehalt und Gewicht standen nicht immer in constantem Verhältniss, und in einzelnen Fällen waren bei hohem specifischen Gewicht kein Eiweissgehalt vorhanden. Die starke Muskelbewegung ist auch nicht die Ursache. Meist scheint eine gewisse Zeit des Bestehens der Psychose nothwendig zu sein, bis es zur Ausscheidung von Eiweiss kommt.

Turner[30] untersuchte 200 männliche Irre 2 Monate lang auf Albuminurie. Albumen fand sich nach ihm bei allgemeiner Paralyse in 7,6 pCt. (unter 13 Fällen 1 Fall mit Albuminurie).

Er war dazu angeregt worden durch eine Veröffentlichung von *Grainger Stewart*[30], welcher in 407 Fällen bei 31 pCt. der Psychosen Eiweiss im Urin gefunden hatte. *Turner* beobachtete bei 81 von 200 Fällen, also bei 40,5 pCt. Eiweiss.

Wie schon erwähnt, wurde von *v. Rabenau*[3] Albumen bei Paralytikern in zahlreichen Fällen nachgewiesen und die von *Huppert* gefundene Thatsache, dass Albumin, sogar in Verbindung mit hyalinen Cylindern und rothen Blutkörperchen, sich nach cerebralen (apoplectiformen) Insulten finde, bestätigt.

Fürstner's[3] Ansicht, dass die transitorische Albuminurie auf eine Affection des Eiweisscentrums (*Cl. Bernard*), bedingt durch Circulationsstörung in diesem, zurückzuführen sei, bedarf noch weiterer Bestätigung.

Vassale und *Chiozzi*[31] wollen im Urin Geisteskranker so häufig hyaline Cylinder gefunden haben, dass sie ihr Fehlen besonders im Erregungsstadium geradezu als Ausnahme betrachten. Unter 9 Fällen von progressiver Paralyse beobachteten sie in 8 Fällen Harncylinder, und zwar in 3 Fällen einfache Hyalincylinder, in 4 Fällen granulirte. Beträchtlich war die Anzahl der Cylinder nur in 3 Fällen mit starker Erregung. Eiweiss konnten sie in keinem Falle nachweisen, wie sie überhaupt unter den 86 untersuchten Geisteskranken mit verschiedenen Erkrankungsformen fast regelmässig hyaline Cylinder, aber nur selten Eiweiss fanden. Bei weiterer Nachforschung constatirten die Verfasser eine ziemlich regelmässige Beziehung zwischen dem psychischen Zustande und dem Vorkommen der hyalinen Cylinder insofern, als mit der

Digitized by Google

Besserung des ersteren auch die letzteren in der Regel seltener wurden.

Nierenerkrankungen, welche in den bisher erwähnten Beobachtungen über Albuminurie und Cylindrurie natürlich nicht in Frage kommen sollen, hat *Seguin*[32] häufig im Verlaufe von Dementia paralytica bei der Autopsie nachgewiesen und glaubt, dass die epileptiformen und apoplectiformen Anfälle der Paralytiker zum Theil ihre Erklärung hierin finden.

Propeptonurie wurde von mehreren Untersuchern bei verschiedenen Formen der Psychosen gefunden, doch fehlen besondere Angaben über das Vorkommen derselben bei Dementia paralytica.

In den letzten 6 Jahren sind mehrfache Untersuchungen über das Vorkommen und die etwaige Bedeutung der Peptonurie und Acetonurie bei Paralytikern angestellt worden und sind die in dieser Richtung gefundenen, allerdings vielfach sich widersprechenden Ergebnisse für weitere Forschungen von Interesse.

A. Marro[33] beobachtete in 21 Fällen von Paralyse constant das Auftreten von Peptonurie. Die Menge des Peptons war allerdings manchmal nur gering, so dass er 800 bis 1000 ccm Urin zur *Hofmeister*'schen Reaction benützen musste. Die Peptonurie war stärker in allen Fällen mit acuterem Verlauf und bei Complicationen. *Marro* glaubte, absolutes Fehlen von Pepton schliesse die Diagnose auf Paralyse aus. *Maccabruni* fand auch häufig Peptonurie bei Irren als Zeichen schwerer Ernährungsstörungen, latenter Eiterungen u. s. w.

Marro's Ansicht, dass Peptonurie ein constantes Symptom der progressiven Paralyse und in zweifelhaften Fällen für die Diagnose wichtig sei, da das Fehlen von Pepton im Urin eines Geisteskranken gegen Paralyse spreche, veranlasste *Meyer* und *Weber*[34] zu weiteren derartigen Untersuchungen. Sie controlirten den Harn von 22 Paralytikern, doch führten diese Untersuchungen zu keinem einwandfreien Ergebniss und vermögen deshalb *Marro*'s These „die Peptonurie sei bei Paralyse stets vorhanden, das Fehlen derselben schliesse somit die Diagnose Paralyse aus" weder zu widerlegen noch zu stützen. Sie fanden nämlich bei 19 von 22 Fällen die charakteristische Biuretreaction, während dieselbe 3mal nicht eintrat. Danach stellten sie den Satz auf: „Der Harn von Paralytikern enthält häufig, wenn nicht immer Körper, welche die Biu-

Digitized by Google

retreaction ergeben"; sie liessen es aber unentschieden, ob es sich dabei um Albumosen oder Peptone handele.

Später veröffentlichte *Fronda*[35] seine Resultate über diesen Gegenstand. Nach einem kurzen Ueberblick über die Geschichte der Peptonurie mit Angabe der einschlägigen Literatur giebt er an, dass er unter 307 Untersuchungen 41 mal Peptonurie fand und zwar 4 mal bei Zuständen heftiger Aufregung und 37 mal bei anderen Geistesgestörten, welche an körperlichen Erkrankungen litten. Unter andern untersuchte er auch den Urin von 17 männlichen Paralytikern. Er entnahm stets Urinmengen von 800—1000 ccm und prüfte dieselben nach der *Hofmeister*'schen Methode. Das Resultat war nur bei 3 Untersuchungen negativ und in einem Falle zweifelhaft, bei allen anderen fiel die Peptonreaction mehr oder minder hochgradig aus. Das specifische Gewicht hielt sich auf der physiologischen Höhe. Die Reaction des Harns war sauer, nur einmal neutral, niemals alkalisch. Albumen war gar nicht oder nur in kleinster Menge nachzuweisen. Bei dem gleichen Individuum fand sich zuweilen Pepton, zu andern Zeiten fehlte es im Urin. Danach gelangte *Fronda* zu folgenden Schlussfolgerungen: Peptonurie findet sich bei allen Paralytikern, aber nicht zu jeder Zeit, ferner schliesst Abwesenheit von Peptonurie die Diagnose Paralyse nicht aus, wenn die Untersuchung des Urins nicht häufig wiederholt worden ist.

Neuerdings prüfte *Lailler*[36] die Frage der Peptonurie bei Paralyse. Er stellte seine Untersuchungen an Gesunden, nur körperlich oder nur geistig kranken Individuen und an Paralytikern an und zeigte, dass die Annahme *Maccabruni*'s, dass das Vorkommen von Pepton unabhängig von der Form der Geistesstörung sei, aber den Verdacht auf eine verborgene körperliche Krankheit erwecken müsse, nicht völlig zutreffe, die Behauptung *Marro*'s aber, welcher die Peptonurie für ein regelmässiges Symptom der progressiven Paralyse erklärte, unhaltbar sei. Man könne der Peptonurie keinen für die Paralyse entscheidenden diagnostischen Werth beimessen, weil dieselbe sich auch bei vorübergehenden leichten körperlichen Störungen finde und bei einer grossen Anzahl von Krankheiten vorkomme. Ferner sei Peptonurie bei verschiedenen Formen geistiger Störung zu beobachten, sei es in Folge der psychischen Krankheit selbst oder in Abhängigkeit von kör-

Digitized by Google

perlichen Störungen, die häufig als Folgen der Geisteskrankheiten entstehen. Endlich werde Pepton im Urin bei Paralyse, wo es allerdings häufiger als bei andern Formen der Geistesstörung auftrete, gerade im Anfang der Krankheit, so lange die Diagnose noch ungewiss sei, gewöhnlich vermisst.

Fast dieselben Widersprüche und Einwände, welche gegen die Peptonurie erhoben wurden, wiederholten sich bei der Acetonurieforschung.

Uebereinstimmend mit andern Autoren sprach sich von *v. Jaksch* [37 38] für einen physiologischen Acetongehalt des Harns aus, welchen er beim Menschen stets unter 0,01 g pro die fand. Nach Alkoholgenuss und besonders nach reichlicher eiweisshaltiger Nahrung soll sich dieser Acetongehalt steigern. Nicht constant, aber in einzelnen Fällen kommt pathologisch vermehrte Acetonurie bei Psychosen vor, die mit hochgradigen Aufregungszuständen einhergehen. Im Wesentlichen soll das Aceton im Organismus durch Oxydation der Eiweisskörper entstehen.

Penzoldt's [39] Untersuchungen am normalen Urin befestigten diese Ansicht von *Jaksch*, dass das Aceton ein Product des normalen Stoffwechsels sei. Aceton kann nach ihm in erheblicherer Menge in ganz frischem Urin auftreten. Entgegen dieser Behauptung von *Jaksch*, *Penzoldt*, *Deichmüller*, *Legal* fand *Nobel* und *Moscatelli* [40], dass Aceton kein Bestandtheil des normalen Harns ist. Es fand sich nach Ihnen bei gesunden Individuen nur nach Alkoholgenuss. *Rivano* [41] prüfte nun den Urin von Geisteskranken auf Aceton mit Hülfe der *Lieben*'schen Jodoformreaction, und er stellte sich mit *Moscatelli* im Gegensatz zu *v. Jaksch*, der einen constanten, wenn auch sehr geringen Acetongehalt im normalen Urin annimmt. *Rivano*'s Untersuchungen erstreckten sich auf 91 Fälle von Geistesstöruug und zeigten in 37 Fällen ein positives Resultat, am häufigsten bei Paralyse. Ja die Acetonurie war fast constant bei Paralytikern, bei andern Psychosen, ausgenommen Epilepsie und Melancholie, dagegen selten. Die Untersuchungen von *Tuczek* und *Siemens* haben analoge Resultate ergeben.

Im Widerspruch mit den *Rivano*'schen Angaben stehen die *Lailler* [42], welcher in Bezug auf Acetonurie angeblich nichts gefunden hat, das für die Pathologie der Geistesstörungen von Interesse wäre. Er konnte keine Beziehung zwischen dem Aceton-

Digitized by Google

gehalt des Urins und irgend einer geistigen Störung entdecken und wies auch Aceton im Harne von geistig und körperlich Gesunden nach.

Boeck und *Stosse*[43] fanden sogar bei allen Gesunden und bei allen Geisteskranken Aceton in grösserer oder geringerer Menge im Urin, konnten auch keinen Zusammenhang zwischen der gefundenen Menge von Aceton und dem geistigen Zustande der Kranken nachweisen. Sie untersuchten den Urin von 66 Geisteskranken auf Aceton mit Hülfe der sichersten Methoden, denen von *Lieben* und *Gunning*. Bei den verschiedensten Formen von Irresein und zwar stets entstand ein Jodoformniederschlag, am reichlichsten bei Kranken mit schlechtem Ernährungszustand. *Lackr* beobachtete Acetonurie nur bei Inanition, *Rivano* und *Marro* besonders in Zusammenhang mit bestimmten Psychosen, doch glauben *Boeck* und *Stosse*, dass diese Untersucher nur deshalb in so vielen Fällen kein Aceton fanden, weil sie nicht die nöthigen Vorsichtsmaassregeln anwandten. Auch bei Gesunden wurde stets Aceton im Harne in wechselnder Menge angetroffen, am meisten bei eiweissreicher Nahrung. Danach handelt es sich also um einen physiologischen Harnbestandtheil, welcher sich auch bei gänzlicher Enthaltung von Alkohl vorfindet und nicht durch unvollständige Oxydation des Alkohol, sondern bei der Oxydation albuminöser Substanzen entsteht. Starker Fleischgenuss soll die Acetonmenge im Harn steigern.

Ueber das Vorkommen von Urobilinurie[44] bei Paralyse fehlen besondere Angaben in der Literatur. Einen gewissen diagnostischen Werth könnte das vermehrte Auftreten von Urobilin im Harn für ausgedehntere Durhämatome und Hirnapoplexien besitzen und würde schon die auffallend braune Farbe des Urins die Aufmerksamkeit erregen; denn conform der Anschauung, dass das Urobilin ein Derivat des Blutfarbstoffes sei, würde aus seinem Vorkommen ein Anhalt für das Vorhandensein grösserer Blutergüsse gewonnen werden. In Bezug auf die Veränderungen, welche der Urin bei paralytischen Anfällen erleidet, hat *Mendel*[4] ausser eigenen Beobachtungen die in der Literatur zerstreuten Mittheilungen gesammelt.

Huppert[45] fand stets nach dem epilepti- und apoplectiformen Anfällen der Paralytiker Eiweiss im Urin, häufig hyaline Cylinder und zugleich auch — zum Unterschied vom Harn der Epileptiker —

Digitized by Google

zahlreiche Blutkörperchen. Obwohl seine Angaben von *de Witt*[46] vollständig und zum Theil von *v. Rabenau*[47] bestätigt wurden, musste sich *Mendel* nach eigenen Untersuchungen, bei denen er nur höchst selten Spuren von Eiweiss nach paralytischen Anfällen beobachtete, der Ansicht von *Richter*[27] und *Karrer*[48] anschliessen, welche die *Huppert*'schen Befunde nicht bestätigen konnten.

König fand nur ein Mal eine minimale Spur Eiweiss, meist dagegen hohes specifisches Gewicht.

Zucker hat *Mendel* nie beobachtet, dagegen erscheint die Quantität des Urins nach den Anfällen vermehrt, während sie während der Andauer derselben verringert erscheint. (In 24 Stunden während des Anfalls 400—500 ccm.) Wiederholt fand *Mendel* 1500, 1600 ccm in den 24 Stunden nach dem Anfalle, während sonst die Durchschnittsmenge bei demselben Kranken 900—1000 betrug. Das specifische Gewicht war meist hoch (1020—1034). *Simon* fand zuweilen 3000—4500 ccm in 24 Stunden, sodass man von einem Diabetes insipidus sprechen konnte, und ein specifisches Gewicht von 1015—1025.

Ausserdem konnte *Mendel*[49] nach jedem länger dauernden Anfall eine absolute und relative Vermehrung der phosphorsauren Salze im Urin nachweisen. Auch *König* meint, dass das hohe specifische Gewicht von dem „von *Linstow* behaupteteten Gehalt an phosphorsauren Salzen" herrühre.

Schüle[49a] erwähnt auch die mehrwöchentliche starke Polyurie, welche nach paralytischen Anfällen beobachtet ist.

Greppin[80] constatirte angeblich sehr häufig in Verbindung mit den paralytischen Anfällen Eiweiss im Urin, und einmal konnte er auch Zucker während und nach einem Status paralyticus nachweisen.

Ich komme nun auf den im Allgemeinen wohl stets als pathologisch geltenden Harnbestandtheil, den Zucker, zu sprechen und werde, da sich meine Untersuchungen speciell mit der Frage nach dem Auftreten von Zuckerharn bei Paralytikern beschäftigt haben, alle mir zugänglichen Literaturangaben zusammenstellen, welche über Diabetes mellitus und Glycosurie bei den verschiedenen Geistesstörungen und insbesondere bei Paralyse handeln.

Die Aetiologie des Diabetes mellitus lässt schon darauf schliessen dass eine Combination mit Geistesstörung nicht zu den Seltenheit

Digitized by Google

zählen dürfte. Bildet ja gerade die Zuckerharnruhr in der Erblichkeitsfolge der Krankheiten ein häufiges Bindeglied zwischen den verschiedensten Krankheiten des Centralnervensystems.

Berger[50] erwähnt auch, dass die Mehrzahl der von ihm beobachteten Diabetiker sich in psychischer Beziehung nicht völlig frei erwiesen habe. Grosse Reizbarkeit, Verstimmung, auffallende Schwankungen des gemüthlichen Gleichgewichts, eine oft gradezu hysterische Gemüthsbeschaffenheit kommen häufig zur Beobachtung. Andererseits sehe er jedes Jahr eine nicht unbeträchtliche Zahl von Nervenkranken, die sich bei der Untersuchung als Diabetiker herausstellen (diabetische Neuralgie).

Legrand du Saulle[51] erwähnt, dass hypochondrisches Delirium häufig als Begleiterscheinung des Diabetes beobachtet wird. Meist sind auch die geisteskranken Diabetiker psychopathisch belastete Individuen. Ferner gehen dem diabetischen Coma Niedergeschlagenheit mit hypochondrischen Klagen oder erhöhte Reizbarkeit bis zu maniakalischer Aufregung voraus. *Lecorché*[52] fand bei Frauen mit Zuckerharnruhr vielfache nervöse intellectuelle und geistige Störungen, so melancholische und paranoische Zustände, Delirien, grosse Reizbarkeit mit Schwäche, Schwindel, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit.

Ueber diabetische Psychosen, d. h. psychische Störungen im Verlauf des Diabetes enthält die Literatur, wie *Berger*[50] hervorhebt, nur äusserst spärliche und aphoristische Bemerkungen. Er erwähnt sodann 2 selbstbeobachtete Fälle, nämlich 2 Männer mit hallucinatorischem Irresein. Grosse Opiumdosen schienen bei ihnen einen günstigen Einfluss auf die Krankheit auszuüben.

Liebe[53] berichtet über eine 53jährige Frau, bei welcher dem Diabetes melancholische Verstimmung vorausging. Nach 1jährigem Bestehen der Zuckerharnruhr trat eine plötzliche Steigerung der Psychose ein unter der Form einer hallucinatorischen Verwirrtheit mit maniakalischer Erregung, und in diesem acuten Stadium erfolgte Heilung mit gleichzeitigem parallelen Nachlass der Melliturie. Ein analoger Fall fehlt in der Literatur.

Andere Fälle sind mehrfach veröffentlicht, in denen bei Diabetikern vorübergehend Geistesstörungen oder in denen bei Irren Diabetes beobachtet wurde[54–59]. So beschreibt *Laillier* 3 Fälle von Glycosurie bei chronischen Psychosen und erwähnt dabei noch

Digitized by Google

beiläufig eines Geisteskranken mit starkem Zuckergehalt des Urins, bei welchem letzterer unter allmäliger Besserung des Geisteszustandes sich ebenfalls verminderte. *Lailler*[58] hebt ferner hervor, was auch für den Fall *Liebe*'s zutrifft, dass der Diabetes ähnlich wie andere Krankheiten bei Irren symptomlos verläuft und ohne jede diätetische Behandlung wieder verschwinden kann. *Cotard*[59] berichtet einen Fall von Melancholie mit Erregungszuständen, in welchem nach mehrjährigem Bestande der Krankheit reichlicher Zuckergehalt des Harns beobachtet wurde. Durch Diät und Gebrauch von Alkalien verloren sich die psychischen Störungen, doch blieb der Urin reich an Zucker. Nach Ansicht *Liebe*'s ist der Diabetes in der Mehrzahl der Fälle Symptom eines Gehirnleidens; auch biete er in ätiologischer Beziehung viele Aehnlichkeiten mit den Psychosen (geistige Ueberanstrengung, gemüthliche Erschütterungen, Traumen des Kopfes, Heredität). Gemeinsames Auftreten von Diabetes und Psychose bei demselben Individuum sei daher a priori sehr wohl denkbar und komme vielleicht öfter vor, als es beobachtet werde. Nach Angabe *Rigg*'s[60] ist Diabetes als Begleiterscheinung oder Ursache von Melancholie vielfach beobachtet worden.

Teschenbacher[55] berichtet einen Fall von Diabetes mellitus mit maniakalischen Anfällen bei einem 26jährigen Mann, der unter dem Bilde von Coma diabeticum starb.

Madigan[61] fand, dass in gewissen Formen von Geistesstörung ein alternirendes Auftreten von Diabetes und psychopathischen Symptomen vorkomme. In einem Fall von epileptischem Irresein war nur in den ruhigen Intervallen Zucker nachzuweisen. In einem andern Fall von circulärem Irresein trat nur in der melancholischen Phase und im Lucidum intervallum Zucker im Urin auf. Ferner hatte ein Maniacus zur Zeit der Excitation keinen Zucker im Urin, derselbe zeigte sich erst mit dem Eintritt der Reconvalescenz. Der im nächsten Jahr beobachtete neue Anfall bot dieselbe Erscheinung dar. Der Patient starb nach längerer Zeit an Diabetes und Phthisis.

Dass bei Herderkrankungen des verlängerten Marks öfters Zuckerharn beobachtet wird, ist bekannt, Eiweiss findet sich dabei nach Angabe *Seeligmüller*'s[62] seltener. *Luys*[63] fand in 4 Fällen von Diabetes deutliche pathologische Veränderungen am Boden

Digitized by Google

IV. Ventrikels. Ueber Diabetes in Folge von Tumoren im Bereich der Medulla oblongata berichten *Frerichs*[64] und *de Jonge*[65], letzterer hat gleichzeitig aus der Literatur 11 Fälle von echtem Diabetes mellitus bei Erkrankung des Gehirns und der Med. oblongata gesammelt. *Richardière*[66] führt das Auftreten von Glycosurie und Diabetes bei der Herdsklerose auf sklerotische Processe am Boden des IV. Ventrikels zurück. —

Ebstein[67], welcher in Bezug auf Aetiologie und Symptomatologie auch mannigfache und enge Verbindungen zwischen Diabetes und Krankheiten des Nervensystems gefunden hat, ist der Ansicht, dass die Hirnveränderungen, wenn solche überhaupt beim Diabetes gefunden werden, meist als Folge, nicht als Ursache des Diabetes zu betrachten sind.

Fälle, in denen Paralytiker gleichzeitig an Diabetes litten, sind bisher nur in sehr geringer Anzahl veröffentlicht und dem entsprechend anscheinend auch nur sehr selten beobachtet worden.

Lailler[16] konnte unter 5000 Harnanalysen bei Geisteskrankheiten niemals Diabetes mellitus bei Paralytikern nachweisen, während unter den Kranken, welche an Diabetes litten, keiner die Symptome der allgemeinen Paralyse darbot.

Kaes[68] erwähnt 5 Männer, welche schon, ehe die paralytischen Erscheinungen augenfällig wurden, an Diabetes behandelt worden waren. *Schüle*[69] allein beobachtete einen Fall von Dementia paralitica mit Diabetes.

Voisin[70] berührt kurz die Differentialdiagnose und sagt, dass die cerebrospinalen Erscheinungen bei Diabetes leicht von der allgemeinen Paralyse zu unterscheiden seien.

Unter den paralytischen Frauen, deren Harn ich auf Zucker und Eiweiss prüfte, fand sich eine mit hochgradigem Diabetes mellitus. — In der Literatur sind anscheinend nur sehr wenige derartige Fälle veröffentlicht, und gebe ich deshalb im Nachfolgenden die Krankengeschichte mit den Resultaten der Harnuntersuchungen wieder.

Th. Kr., Stellmacherfrau aus Z., 42 Jahre alt, erblich belastet, (Mutter geisteskrank), stets etwas nervös, sonst gesund. Im 24. Lebensjahr verheirathet, 8 lebende Kinder und angeblich mehrere (?) Fehlgeburten.

Digitized by Google

Menses und Wochenbette stets normal. Stillte alle Kinder selbst. Seit März 1892 verändertes Wesen, ängstliche Unruhe, allmälige Verschlimmerung, lispelte viel vor sich hin, glaubte sich behext, unfähig zur Arbeit, unstet, weinerlich, gab zeitweise noch richtige Auskunft. Schliesslich erregt, aggressiv, warf mit gefährlichen Instrumenten nach ihren Kindern, welche sie sonst zärtlich behandelt hatte. Zeitweises Taumeln und leichte Schwindelanfälle. Entweichungs- und Strangulationsversuche.

Am 16. Juli 1892 aufgenommen in der Irrenanstalt Altscherbitz.

(Diagnose bei der Aufnahme: Melancholia activa, Lactationspsychose.) Mittelkräftig, gut genährt, deutliche motorische Störungen fehlen. Kopf gegen Beklopfen empfindlich, Pat. klagt auch sonst über Kopfschmerz und Schwindel. Unruhiger Schlaf, gedrückte Stimmung.

Im weiteren Krankheitsverlauf bald heftige ängstliche Unruhe und Depression mit unbesinnlichem Fortdrängen und wiederholten Suicidversuchen; bald wieder maniakalische Erregungs- und Verwirrungszustände und zwischendurch kurze Remissionen. Appetit und Schlaf mangelhaft. Grosse Unsauberkeit.

Schon Ende 1892 fiel mässige Sprachstörung auf. Deutliche motorische Störungen seit September 1893. (Wechselnde Pupillendifferenz, Abweichen der Zunge und des Gaumensegels u. s. w.) Ferner häufiger Stimmungswechsel, bald ängstlich weinerlich, bald heiter erregt. In letzter Zeit zunehmende Verblödung und Trieb zu allerlei sinnlosen Handlungen. — Dementes stupides stilles Verhalten. Pat. sitzt oder steht regungslos und in schlaffer Haltung umher. Indifferente Stimmung. Giebt auf Fragen nur lispelnd und mangelhaft Antwort. Erhebliche Gedächtniss- und Intelligenzdefecte. Schwerbesinnlich, arbeitsunfähig. Charakteristischer Grössenwahn. „Prahlt mit ihrem schweren Seidenkleid, sie sei reich, ihre Kinder hätten viele schöne Kleider u. s. w.“ Gegen Abend wird die Kranke meist etwas regsamer. Stets sehr unsauber. Seit ungefähr einem halben Jahr auffallend gefrässig und durstig, dabei trotz überreichlicher Nahrungsaufnahme ständige Abnahme des Körpergewichts. — Diagnose: Dementes Stadium der progressiven Paralyse.

Die öfters wiederholten Urinuntersuchungen führten zu nachfolgenden Ergebnissen:

Datum. 1894.	Aussehen des Harns.	Reaction.	Spec. Gew.	Resultat der *Nylander*'schen Methode.	Gährungsprobe, quantitative Zuckerprobe, Eiweissprobe etc.
). Febr.	Goldgelb, klar, mit Nubecula, aromatisch.	Sauer.	1045	Mässig tiefschwarzes Sediment, darüber dunkelrother klarer Urin.	5,98 pCt. Zucker. *Trommer*'sche Probe: dunkelziegelfarbiges Sediment, darüber gelbbraune undurchsichtige chokoladenartige Flüssigkeit. Kein Eiweiss.

Digitized by Google

Datum. 1894.	Aussehen des Harns.	Reaction.	Spec. Gew.	Resultat der *Nylander*'schen Methode.	Gährungsprobe, quantitative Zuckerprobe, Eiweissproben etc.
20. Febr.	Tiefdunkelgelb, klar, stark aromatisch.	Sauer.	1043	Reichlich schwarzes Sediment und Schwarzfärbung des Urins. Bei Durchsicht klar dunkelrothgelb.	Mässige Menge Propepton.
21. -	dito.	dito.	1042	Reichlich tiefgrünschwarzes Sediment, darüber blauschwarze Schicht und klarer dunkelrothbrauner Urin.	2 positive Gährungsproben = 6,5 ccm CO_2. Kein Eiweiss.
23. -	dito.	dito.	1040	Totale Schwarzfärbung.	6,75 pCt. Traubenzucker. Eiweissfrei.
2. März	dito.	dito.	1042	Reichlich tiefschwarzes Sediment.	Die Eiweissprobe: ergiebt reichlich bräunliches klumpiges Sediment.
4. -	dito.	dito.	**1057**	Grünlich schwarzes Sediment in mässiger Menge, darüber blauschwarze Deckschicht und klarer dunkelbraunrother Urin.	8,70 pCt. Traubenzucker. Eiweissfrei.
5. -	dito.	dito.	1047	dito.	7,42 pCt. Traubenzucker. Positive Gährungsprobe = 6,5 ccm CO_2. Kein Eiweiss.
6. -	dito.	dito.	1055	Tiefgrünschwarzes Sediment in reichlicher Menge, darüber dunkelbraunrother klarer Urin.	*Moore*'sche Probe ergiebt tiefdunkelbraunrothen klaren Urin ohne Sediment. Kein Eiweiss.
7. -	dito.	dito.	1050	dito.	Kein Eiweiss.
15. -	Strohgelb, klar, aromatisch.	dito.	1055	Reichlich schwarzes Sediment.	Propepton, kein Eiweiss.
17. -	dito.	dito.	1048	Undurchsichtige schmutzig-dunkelgrünliche Flüssigkeit mit schwarzem Sediment.	Kein Eiweiss.
20. -	dito.	dito.	1045	Gesättigte Schwarzfärbung. (Mahagonischwarz oder wie Ebenholz.)	dito.
22. -	Goldgelb, klar, aromatisch.	dito.	1039	Reichlich grünschwarzes Sediment, darüber tiefroth, brauner klarer Urin.	Kein Eiweiss. Therapie: Diät und 6 g Salol pro die.
27. -	dito.	dito.	1045	Grünlich schwarzes Sediment, darüber dunkelbraunrother klarer Urin.	Negative Eisenchloridreaction, kein Eiweiss. (Salol 2 Tage ausgesetzt.)
28. -	dito.	dito.	1053	Tiefschwarzer Urin mit schwarzblauem Sediment.	Sehr deutliche Eisenchloridreaction. Kein Eiweiss.

Digitized by Google

Datum. 1894.	Aussehen des Harns.	Reaction.	Spec. Gew.	Resultat der *Nylander*'schen Methode.	Gährungsprobe, quantitative Zuckerprobe, Eiweissprobe etc.
29. März.	Hellgelb, klar.	Sauer.	1039	Tiefschwarzes Sediment, darüber dunkelrothbrauner klarer Urin.	Positive Eisenchloridreaction. Kein Eiweiss. (Täglich 6 g Salol.)
30. -	dito.	dito.	1039	Tiefschwarzer undurchsichtiger Urin.	Kein Eiweiss.
2. April	dito.	dito.	1046	Blauschwarzes Sediment und dunkelbraunrother klarer Urin.	dito.
4. -	dito.	dito.	1046	dito.	dito.
12. -	dito.	dito.	1035	Spur schwarzes Sediment mit klarem braunröthlich gelbem Urin.	dito.
13. -	Strohgelb, leicht getrübt, aromatisch.	dito.	**1030**	Blauschwarzes Sediment und dunkelbraunrother klarer Urin.	3,833 pCt. Traubenzucker. Positive Eisenchloridreaction. Spur Propepton. Kein Eiweiss.

Bei diesem Falle von Dementia paralytica, combinirt mit Diabetes mellitus bei einer Frau will ich nur kurz hinweisen auf das abnorm hohe specifische Gewicht und das Aussehen des Harns, welcher nicht selten in seiner Consistenz völlig dem etwas verdünnten Sirupus simplex gleich kam. Vielleicht dürfte die Obduction gröbere Veränderungen am Boden des IV. Ventrikels nachweisen lassen. Uebrigens wirkte die eingeleitete diätetische Behandlung im Verein mit hohen Saloldosen günstig ein. (Abnahme des specifischen Gewichts, des Zuckergehalts und langsames Ansteigen des Körpergewichts.)

Melliturie, meist transitorischen Charakters wurde mehrfach bei verschiedenen Geistesstörungen beobachtet.

Die Möglichkeit des Zustandekommens von acuter Glycosurie durch psychische Affecte findet eine Stütze in einem von ***Flesch***[71] erwähnten Falle, wo nach hochgradiger psychischer Aufregung innerhalb 14 Tagen eine Steigerung des Zuckergehaltes von fast unmerklichen Spuren auf 0,1, dann auf 1,7 pCt. und Wiederabfall auf unmerkliche Spuren erfolgte.

Im Anschluss daran veröffentlichte ***Teschenmacher***[71] einen ähnlichen Fall bei einem 7jährigen Knaben.

Derselbe hatte in der verzögerten Reconvalescenz nach Masern einen erheblichen Zuckergehalts des Urins (4 pCt.), welcher allmälig auf 1,9 pCt., dann auf 0,35 pCt. sank und schliesslich völlig schwand. Nachdem der

Digitized by Google

Urin schon 5 Tage lang zuckerfrei war, zeigte der Knabe nach einem heftigen Schreck (Anfall durch bissigen Hund), wobei er vor Angst halb bewusstlos liegen blieb, einen Zuckergehalt von 3,3 pCt., welcher nach 2 Tagen allmälig auf 0,15 pCt. gesunken und nach 8 Tagen wieder verschwunden war.

Ebstein[67] glaubt auch, dass psychische Affecte die Gelegenheitsursache zum Ausbruch des Diabetes geben können.

Ollivier[73] hat, wie *Wernicke*[72] berichtet, nach schwerem apoplectischen Insult im Urin der Kranken Eiweiss und Zucker gefunden, die abgeschiedene Harnmenge war gleichzeitig vermehrt und das specifische Gewicht vermindert. Diese Veränderungen sind vorübergehend und nur in den ersten 12—24 Stunden zu constatiren. Zucker tritt etwas später auf im Urin als das Eiweiss und verschwindet auch wieder früher als das Albumen, entsprechend dem Experimente *Claude Bernard*'s, welcher nach dem Zuckerstich im IV. Ventrikel die Glycosurie auch erst $2^1/_2$ Stunden darauf eintreten sah. Als Ursache dieser Erscheinungen nimmt *Ollivier* eine Einwirkung der Hirnblutung auf die betreffenden Centren am Boden des IV. Ventrikels an, indem sich die traumatische Wirkung der Blutung bis dahin erstrecken soll.

Wernicke[72] giebt an, dass Melliturie meist gleichzeitig mit quantitativer Vermehrung des Urins als Herdsymptom bei Erkrankung der Med. oblongata, namentlich bei sclerotischen Processen derselben vorkomme. Ueber Glycosurie wahrscheinlich in Folge sclerotischer Herde auf dem Boden des IV. Ventrikels bei Herdsclerose finden sich auch Mittheilungen bei *Richardière*[66].

Wolf[74] sieht die Glycosurie bei Neurosen für eine secundäre Complication an und erwähnt ihr Auftreten bei Hysterie, Ischias, Status epilepticus, Dementia paralytica, Delirium tremens, Tetanus, Chorea und Hirntumoren, auch soll sie nach Gebrauch einzelner Arzneimittel (Amylnitrit, Chloralhydrat, Opium) entstehen. Besonders erwähnt er die temporäre Glycosurie, welche zuweilen in der Gravidität, nach hysterischen und epileptischen Anfällen beobachtet wird. Solche Glycosurien können angeblich zuweilen permanent werden. Oefters seien übrigens die Neurosen nicht Ursache, sondern eine Folge der Glycosurie und der mit ihr einhergehenden centralen vasomotorischen Störungen.

Flesch[75] beobachtete einen Fall, bei dem im I. Wochenbett

Digitized by Google

eine Psychose und im II. Wochenbett, gleichsam vicariirend vorübergehende Melliturie sich zeigte.

Heinrich[76] fand unter 200 Harnuntersuchungen nur einen Fall von Zuckerharn bei einer puerperalen Manie.

Bei einem 31jährigen Potator mit Pneumonie und Delirium tremens constatirte *Bumm*[77] bei der Urinuntersuchung ein specifisches Gewicht von 1,031; viel Eiweiss und 2—3 pCt. Zucker. Am folgenden Tage fehlte jede Spur von Eiweiss und Zucker, am III. Tage fanden sich 3 pCt. Zucker, aber kein Eiweiss und am IV. Tage trat plötzlicher Tod ein. Gehirn und besonders Medulla oblongata wurden bei der Obduction im Zustande der Hyperämie gefunden. *Bumm* nimmt eine centrale Innervationsstörung als Ursache der Albuminurie und Melliturie an.

Verhältnissmässig sehr selten ist in der einschlägigen Literatur der transitorischen Glycosurie bei der progressiven Paralyse Erwähnung gethan und scheinen überhaupt nur sehr wenige und unzureichende Beobachtungen auf diesem Gebiete bisher gemacht zu sein.

Mendel[4] hat in keinem einzigen Fall bei seinen 300 Paralytikern Zucker nachweisen können. Er untersuchte mit der *Trommer*'schen, *Böttcher*'schen Probe und dem Polarisationsapparat.

Lailler[78] stellte Untersuchungen bei 17 Paralytikern an, gelangte aber stets zu negativen Resultaten, nur in einem Falle zeigten sich vorübergehend Spuren von Zucker nach einer Congestion. Er schliesst aus seinen Untersuchungen, dass Zuckerharn in den verschiedenen Formen des Irreseins selten und kein Symptom dieser Krankheiten, sondern wahrscheinlich ein zufälliger, von äussern Ursachen abhängiger Befund sei.

Luys[63] bringt die transitorischen Glycosurien und Albuminurien mit den Veränderungen in den trophischen Centren am Boden des IV. Ventrikels in Zusammenhang. Auch die bei Paralytikern intercurrent vorkommende Glycosurie wird auf die Ependymgranulationen in den régions diabetiques des IV. Ventrikels zurückgeführt. Erwähnt wurde bereits die kurze Mittheilung von *Wolf*[74] über Glycosurie bei Dementia paralytica.

Bouillard[79] beobachtete Glycosurie im Beginn der allgemeinen Paralyse. Ein 40jähriger Friseur, nervös, hypochondrisch, luetisch, äusserte Klagen über Impotenz und wurde bei ihm Gly-

Digitized by Google

cosurie festgestellt, welche aber bald wieder verschwand. Nach 4 Monaten erfolgte der Tod durch Suicid. Die Glycosurie war nicht wiedergekehrt.

Bouillard hält die beobachtete vorübergehende Glycosurie für eine nervöse, wahrscheinlich bedingt durch einen Congestionszustand am Boden des IV. Ventrikels. Er kennt nur einen analogen Fall und fordert zu weiteren Untersuchungen auf. *Féré* und und *Briand* legen nur geringen Werth auf vorübergehende Glycosurie, welche bei Neuropathischen bei geringen Anlässen leicht eintrete.

Charpentier[16] beobachtete einen an sicher gestellter Paralyse leidenden Mann, der an intermittirender Glycosurie litt, ohne, dass sich ein weiterer Einfluss auf den Krankheitszustand zeigte. Bei einem zweiten wechselte die intermittirende Melliturie mit Remissionen der psychischen Krankheitssymptome.

Legrand du Saulle[51] constatirte öfters melancholische Vorstellungen bei Diabetikern, die bei Besserung oder Hebung des Leidens wieder schwanden. Er leitet hieraus einen Zusammenhang ab zwischen geistiger Depression und transitorischem Diabetes der Paralytiker.

Endlich konnte *Greppin*[80] bei seinen Urinuntersuchungen, welche sich auf 26 paralytische Frauen erstreckten, einmal Zucker während und nach einem Status paralyticus nachweisen.

Im Laufe der letzten 6 Monate untersuchte ich den Urin von 315 Geisteskranken (beiderlei Geschlechts) hiesiger Anstalt und die im Ganzen 1035mal angestellten Zuckerproben vertheilen sich folgendermaassen auf die einzelnen Psychosenformen. (Siehe nebenstehende Tabelle.)

Nach dieser Tabelle ergab also die *Nylander*'sche Zuckerprobe, wenn man die Diabetesfälle abrechnet, unter 976 Harnuntersuchungen 61mal (= 6,25 pCt.) ein positives Resultat.

Transitorische Glycosurie wurde nur bei 26 Geisteskranken unter 315 Irren gefunden, also in 8,25 pCt., während sich Diabetes mellitus 3mal nachweisen liess = 0,95 pCt.

Trennt man die Geisteskranken ohne Rücksicht auf das Geschlecht in Paralytiker und Nicht-Paralytiker, so ist das Ergebniss der Urinuntersuchungen folgendes: Bei den Paralytikern ergaben 711 Harnanalysen mit Hülfe der *Nylander*'schen Zuckerprobe 22mal

Digitized by Google

Krankheitsform und Geschlecht der Kranken.	Zahl der untersuchten Kranken.	Urinuntersuchungen auf Zucker.	Positive Ergebnisse der *Nylander*schen Probe.	Zahl der Kranken mit transitorischer Melliturie.	Kranke, bei denen der Urin wenigstens 8 mal auf Zucker untersucht wurde.	Dabei Fälle mit Melliturie.
Männliche Paralytiker	79	666	57	22	42	22
Männliche Epileptiker	27	49	2	2	—	—
Fälle mit acut. Geistesstörung bei Männern	14	22	—	—	—	—
Chronische Geistesstörung bei Männern .	105	165	— (36 bei Diabetes mellitus.)	— (2 Diabetiker.)	—	—
Secundäre Demenz bei Männern	53	62	2	2	—	—
Weibliche Paralytiker	14	45	— (23 bei Diabetes mellitus.)	— (1 Diabetica.)	—	—
Verschiedene Irreseinsformen bei Frauen .	23	26	—	—	—	—
Summe	315	1035	61	26	42	22

ein positives Resultat (eine deutliche Zuckerreaction kam also auf 32, 31 Untersuchungen), bei Nicht-Paralytikern zeigten 324 Urinproben nur 4mal eine positive Zuckerreaction (1 Zuckerreaction kam auf 81 Untersuchungen).

Transitorische Glycosurie wiesen unter 93 Paralytikern 22 Kranke (= 23,65 pCt.), dagegen unter 222 Nicht-Paralytikern nur 4 Kranke (= 1,80 pCt.) auf.

Bei Betrachtung der einzelnen Krankheitsformen unter Berücksichtigung des Geschlechts fällt zunächst auf, dass die progressive Paralyse der weiblichen Irren in keinem Falle transitorische Melliturie constatiren liess und erklärt sich dies nur dadurch, dass die Zahl der Urinuntersuchungen dabei eine viel zu kleine war. Der Grund, warum ich hier nicht häufiger untersuchte, lag einzig in den äussern Schwierigkeiten, von diesen Patientinnen Urin in ausreichender Menge zu erhalten.

Im Uebrigen finden wir, dass unter 79 männlichen Paralytikern 22 (= 27,848 pCt.) zu irgend einer Zeit vorübergehend an Glycosurie litten. (Auf 11,68 *Nylander*'sche Zuckerproben kam 1 positive Reaction.)

Digitized by Google

Die Procentziffer der transitorischen Glycosurie bei Dementia paralytica steigt aber sogar auf 52,38 pCt., wenn wir die 42 Fälle herausnehmen, in denen der Urin wenigstens 8mal an verschiedenen Tagen auf Zucker untersucht wurde, sobald sich Glycosurie nicht schon bei den ersten Untersuchungen nachweisen liess.

Von den 27 männlichen Epileptikern waren nur 2, welche vorübergehend Zuckerharn constatiren liessen = 7,40 pCt. (1 positive Zuckerreaction kam bei ihnen auf 24,5 Untersuchungen).

Bei secundärer Demenz fanden sich nur 2 männliche Kranke (unter 53) mit transitorischer Glycosurie = 3,77 pCt. (1 positive Zuckerreaction unter 31 Untersuchungen). Dabei muss ich bemerken, dass es sich in beiden Fällen um senile Demenz handelte, welche ich der Einfachheit wegen mit unter „secundäre Demenz" rubrizirt habe. In einem dieser beiden Fälle lässt sich aber eine genaue Diagnose zur Zeit nicht stellen und sprechen mehrere Symptome dabei für die Annahme einer progressiven Paralyse im hohen Alter.[1]) Alsdann würde aber die Procentziffer statt 3,77 nur 1,88 sein (1 positive Zuckerreaction unter 62 Untersuchungen).

Die übrigen 119 männlichen Kranken mit verschiedenen acuten und chronischen Irreseinsformen (Paralyse, Epilepsie und Demenz ausgeschlossen) wiesen trotz der 187 Urinuntersuchungen keinen Fall mit transitorischer Melliturie auf; das Gleiche gilt noch von den 23 Frauen, deren Urin im Ganzen 26mal untersucht wurde.

Der Procentsatz der Glycosuria transitoria ist demnach beim Irresein ohne Rücksicht auf die Erkrankungsform durchschnittlich = 8,25 pCt.

Zum Vergleich stelle ich nochmals die Procentverhältnisse bei den einzelnen Krankheitsgruppen zusammen:

Glycosuria transitoria wird beobachtet			
bei Paralysis progressiva in	27,848	=	52,38 pCt.
bei Epilepsie in			7,40 -
bei Dementia (secundaria et senilis) in . .	1,88	=	3,77 -
bei den übrigen Formen des Irreseins in .			0 -

Nach diesen Untersuchungsergebnissen, welche allerdings noch mancher Ergänzung durch weitere Harnanalysen bedürfen, glaube ich zur Aufstellung folgender Sätze berechtigt zu sein:

[1]) Die Section hat progressive Paralyse ergeben.

Digitized by Google

1. Glycosuria transitoria kommt unverkennbar viel häufiger bei Dementia paralytica als bei andern Geistesstörungen vor.

2. Möglicherweise gehört die transitorische Glycosurie überhaupt zu den ständigen Symptomen der Paralyse.

3. Ob die Glycosuria transitoria mit bestimmten erkennbaren Veränderungen im Krankheitsverlauf einhergeht, liess sich bisher nicht sicher feststellen. In einem Falle trat beim Beginn eines heftigen Erregungs-, Verwirrungs- und Benommenheitszustandes, welcher den Verdacht auf eine vorangegangene Hirnblutung lenkte, ganz plötzlich gleichzeitig Zucker im Harn auf.

4. Die Beziehungen der Glycosuria transitoria zu den paralytischen Anfällen liessen vorläufig keine festen Regeln erkennen. Nur in einem Falle folgte sie unmittelbar dem paralytischen Anfall. Die Zahl dieser Beobachtungen war bisher zu gering und deshalb ein bestimmtes Urtheil noch nicht möglich.

5. Der Nachweis einer transitorischen Glycosurie bei einem Geisteskranken hat auch einen gewissen praktischen Werth und könnte bei Verdacht auf Paralyse mit für diese Diagnose sprechen, somit also diagnostische Bedeutung erlangen. Ein Fall dieser Art wurde von mir beobachtet, in welchem wahrscheinlich in Folge einer Remission das Krankheitsbild verwischt und die Differentialdiagnose bei dem Mangel ausreichender anamnestischer Daten zwischen Imbecillität, secundärer Demenz und Dementia paralytica sehr erschwert war. Erst der Nachweis der transitorischen Glycosurie machte von Neuem wieder auf die stärker hervortretenden motorischen Störungen aufmerksam und unterstützte so die Diagnose der allgemeinen Paralyse.

6. Bei Epilepsie, insbesondere nach gehäuften Anfällen, wird auch noch in einzelnen seltenen Fällen Glycosurie gefunden. Sehr viel seltener ist ihr Auftreten bei Dementia. Bei allen übrigen Formen der Geistesstörungen wurde Glycosurie in keinem einzigen Falle beobachtet und dürfte sie hier wohl zu den grössten Ausnahmen gehören, entgegen der in der Literatur vielfach verbreiteten Ansicht, dass das Irresein ohne Rücksicht auf die Form der Erkrankung Glycosurie sehr oft herbeiführe. Zum Vergleich brauche ich nur die Häufigkeit der Glycosurie bei Paralysis progressiva unter denselben Verhältnissen anzugeben.

Bei 79 Paralytikern fand sich Glycosurie in zehn Fällen

Digitized by Google

(= 12,65 pCt.) schon bei der ersten, in 6 Fällen (= 7,6 pCt.) bei der zweiten Urinuntersuchung, während sie bei 142 Geistkranken mit den oben in Frage kommenden Irreseinsformen niemals weder bei der ersten, noch zweiten Harnuntersuchung nachgewiesen werden konnte.

Eine Reihe von andern hier noch in Betracht kommenden Fragen hoffe ich später an andrer Stelle bei einer weitern Veröffentlichung meiner Untersuchungsergebnisse zu berühren.

Zur Demonstration der Glycosuria transitoria bei Dementia paralytica dürfte folgender Fall besonders geeignet sein:

Friedrich H., Arbeiter aus H., 47 Jahre alt, erblich belastet. (Vaters Bruder Potator.) Heirathete im 25. Lebensjahre, war vorher abgesehen von einer Geschlechtskrankheit (?) stets gesund. Fleissiger, ruhiger Arbeiter, ergab sich aber schon frühzeitig dem Trunk. Erlitt später zweimal ein Trauma capitis ohne besondere Folgeerscheinungen, klagte nur über Kopfschmerz. Vor und während der Ehe in venere sehr ausschweifend. Im Januar 1886 (im 40. Lebensjahr) erkrankte er psychisch, setzte die Arbeit ganz aus, war wochenlang schlaflos und ass sehr wenig. Dabei zunehmende Trunksucht (trank täglich ca. 1 Liter Schnaps) mit starker Aufregung, maasslosen Grössenideen und unsinnigen Handlungen. Am 12. Mai 1886 wegen totaler Verwirrung und Tobsucht nach der Irrenanstalt Altscherbitz überführt.

Die anfängliche maniakalische Zustandsform der progressiven Paralyse ging innerhalb eines halben Jahres in das demente Stadium über. Seitdem stumpfes, gleichgültiges und ruhiges Verhalten. Fleissiger Feldarbeiter. Pat. erholt sich körperlich sehr, sieht frisch und wohlgenährt aus. Zeitweise leichter Stimmungswechsel unter dem Einfluss von Hallucinationen.

Am 8. Februar 1893 heftiger epileptiformer Anfall ohne wesentliche Veränderung des Krankheitsbildes.

Am 21. October 1893 mehrere paralytische Anfälle, seitdem ist der Kranke dauernd arbeitsunfäig, zeigt zunehmende Sprachstörung, grosse Unsicherheit bei allen Bewegungen und Rückgang des Ernährungszustandes; im übrigen ruhiges und völlig blödes freundliches Verhalten.

Am 7. März 1894 fünf paralytische Anfälle, im Anschluss daran totale Aphasie, allmäliger Marasmus und ausgedehnter Decubitus. Neuerdings erholt sich der Patient körperlich langsam wieder, (der Decubitus ist geheilt) ist blöde heiter und liegt ruhig zu Bett. Vom 7. März bis 18. April 1894 betrug die Abnahme des Körpergewichts 10,5 kg.

Bei diesem Paralytiker untersuchte ich den Urin vom 9. November 1893 bis 16. April 1894 im Ganzen 71 mal und enthält die nachfolgende ausführliche Tabelle mehrfache interessante Angaben über die Veränderungen des Harns während dieser Zeit:

Digitized by Google

Datum. 1893.	Beschaffenheit des Urins.	Reaction.	Spec. Gew.	Ergebniss der *Nylander*'schen Zuckerprobe.	Eiweissprobe und sonstige Angaben über den Zuckergehalt des Urins.
9. Nov.	Hellgelb, leicht getrübt.	Sauer.	1024	Wenig hellgraues Sediment.	Kein Albumen.
1894.					
19. Jan.	Farblos, wasserklar, leicht aromatischer Geruch.	Neutral.	**1000**	Sedimentlos. Urin bleibt farblos, wasserklar.	Kein Eiweiss.
24. -	Strohgelb, klar.	Sauer.	1003	Sedimentlos.	dito.
29. -	Hellgelb, klar.	dito.	1016	Wenig weisses Sediment.	dito.
31. -	Goldgelb, klar, leichte Nubecula, aromatisch.	dito.	1023	Reichlich weisses Sediment.	dito.
2. Febr.	dito.	Neutral.	1017	Wenig weisses Sediment.	dito.
8. -	dito.	dito.	1018	Elfenbeinweisses Sediment.	dito.
10. -	Hellgelb, klar, stark aromatisch.	Sauer.	1015	Fast sedimentfrei.	dito.
11. -	Goldgelb etc.	dito.	1016	Wenig weisses Sediment.	Bei *Trommer*'scher Probe wird der Urin trübe grün, bei Durchsicht klar hellgelbröthlich.
12. -	Blassgelb, klar aromatisch.	dito.	1006	dito.	Kein Eiweiss.
22. -	Goldgelb etc.	dito.	1015	dito.	24stündige Gesammtmenge beträgt: 1150 ccm.
24. -	Goldgelb, klar, aromatisch.	dito.	1029	Reichlich dunkelgrauweisses Sediment.	Bisher stets Morgenurin.
25. -	dito.	dito.	**1033**	Undurchsichtige tintenschwarze Verfärbung des Urins.	Untersucht wurde Nachmittagsurin = 2,31 pCt. Zucker. Gährungsprobe ergiebt positives Resultat. (Das Gährungsröhrchen ist mit 3 ccm CO_2 gefüllt.)
27. -	dito.	dito.	**1023**	Anfänglich nur Dunkelgrünfärbung, später setzt sich eine mässige Menge tiefschwarzes Sediment ab, darüber wird der Urin klar.	24stünd. Gesammtmenge = 1060; enthält 0,61 pCt. Zucker. Positiver Ausfall der Gährungsprobe. 0,5 ccm CO_2. Kein Eiweiss.
28. -	dito.	dito.	1013	Sedimentfrei.	Eiweissfrei.
1. März	dito.	dito.	1023	Hellgraues Sediment.	dito.

Digitized by Google

Datum. 1894.	Beschaffenheit des Urins.	Reaction.	Spec. Gew.	Ergebniss der *Nylander*'schen Zuckerprobe.	Eiweissprobe und sonstige Angaben über den Zuckergehalt des Urins.
2. März	Goldgelb, klar, aromatisch.	Sauer.	1018	Mässige Menge weisses Sediment.	Eiweissfrei.
3. -	dito.	dito.	1023	Weisses Sediment.	dito.
4. -	dito.	dito.	**1022**	Im Morgenurin reichlich schwarzes, im Mittagsurin reichlich weisses Sediment.	dito.
5. -	dito.	dito.	1022	Grauweiss-bräunliches Sediment.	Negativer Ausfall der Gährungsprobe.
6. -	dito.	dito.	1009	Wenig weisses Sediment.	Eiweissfrei.
7. -	dito.	dito.	**1024,5**	Sofortige Schwarzfärbung des Urins beim Kochen. Später klärt sich der Urin und setzt reichlich tiefblauschwarzes Sediment ab.	Am Nachmittage paralytische Anfälle. 38,4° C. Untersucht wurde der Abendurin. Eiweissfrei.
8. -	dito.	dito.	1030	Mässige Menge weissgraues Sediment.	Untersucht wurde der Morgenurin.
8. -	dito. mit starker Nubecula.	Schwach sauer.	1027	Mässige Menge gelbliches Sediment.	Mittagsurin. (Ein Wärter hatte unerlaubter Weise den Katheter einzuführen versucht; Verräther wurden die Fettaugen auf dem Urin, welche von der Einölung d. Katheters herrührten.)
8. -	Blass, trübe, starker urinöser Geruch.	Stark sauer.	1023	Weissgraues Sediment in mässiger Menge.	Abendurin, mit Katheter entleert. — Kein Eiweiss. Spur Propepton.
9. -	dito.	Sauer.	1010	Wenig weisses Sediment.	Frühurin (300 g). Kein Eiweiss.
9. -	Stark getrübt, reichlich weisses Sediment, penetranter fötider Geruch.	Alkalisch.	1018	Sedimentlos.	Mittags- und Abendurin (550 g) eiweissfrei. — Cystitis.
10. -	dito.	Stark alkalisch.	1017	Mässige Menge weisses Sediment.	Kein Eiweiss. (Therapie: Ausspülungen der Blase.)
11. -	dito.	dito.	1028	dito.	Nachturin. Eiweissfrei.
11. -	Sedimentirend, röthlich gelb, trübe, urinöser Geruch.	Sauer.	**1040**	Wenig gelbweisses Sediment.	Morgenurin. Reichlich Propepton.
12. -	dito.	dito.	1028	Wenig graubraunes Sediment.	Propeptonurie. Kein Eiweiss.

Digitized by Google

Datum. 1894.	Beschaffenheit des Urins.	Reaction.	Spec. Gew.	Ergebniss der *Nylander*'schen Zuckerprobe.	Eiweissprobe und sonstige Angaben über den Zuckergehalt des Urins.
3. März	Sedimentirend, röthlich gelb, trübe, urin. Geruch.	Sauer.	1029	Wenig hellgelbraunes Sediment mit dünnster dunkler Deckschicht.	Eiweissfrei. Reichlich Propepton.
4. -	Leicht getrübt, stark aromatisch.	dito.	1027	Reichlich milchweisses Sediment.	dito.
5. -	Trübe, reichl. weisses Sediment, fötide.	Alkalisch.	1028	Weisses Sediment.	Spur Eiweiss.
6. -	Ganz trübe, röthlich gelb, ziegelrothes Sediment.	Sauer.	1025	dito.	Kein Eiweiss.
7. -	dito.	dito.	1028	Hellgraubraunes Sediment mit dunkler Deckschicht.	dito.
8. -	Tiefdunkelgelb, klar, aromatisch.	dito.	1027	Mässige Menge grauweisses Sediment.	dito.
9. -	dito.	dito.	1025	Grünlich graues Sediment mit dunkelgrüner Deckschicht.	dito.
0. -	dito.	dito.	1025	Reichlich dunkelgrünlich graues Sediment.	Morgenurin. Kein Eiweiss.
0. -	Dunkelgelb, klar, aromat.	dito.	1021,5	Spur graues Sediment.	Mittagsurin. Eiweissfrei.
1. -	dito.	dito.	1023	Klarer dunkelbrauner Urin ohne Sediment.	Morgenurin. dito.
1. -	dito.	dito.	1021	Wenig graugrünes Sediment.	Mittagsurin. dito.
2. -	dito.	dito.	1020	Spur graubraunes Sediment.	Propepton. dito.
3. -	dito.	dito.	1020	Wenig dunkelgraubraunes Sediment.	Morgenurin. dito.
3. -	dito.	dito.	1019	Wenig dunkelbraunes flockiges Sediment.	Mittagsurin. dito.
4. -	dito.	dito.	1020	Sedimentlos.	Morgenurin. dito.
4. -	dito.	dito.	**1020**	Spur schwarzbraunes Sediment.	Nachmittagsurin. Eiweissfrei.
5. -	dito.	dito.	**1023**	Wenig schwarzes Sedim.	Eiweissfrei.
6. -	dito.	dito.	**1025**	Reichlich schwarzbrauner Niederschlag.	dito.
7. -	Dunkelrothbraun, leicht getrübt, reichlich röthl. Sediment. Urinöser Geruch.	dito.	1027	Dunkelgraugrünes Sediment mit schwarzer Deckschicht.	Nachturin. Deutliche Eisenchloridreaction. Eiweissfrei.

Digitized by Google

Datum. 1894.	Beschaffenheit des Urins.	Reaction.	Spec. Gew.	Ergebniss der *Nylander*'schen Zuckerprobe.	Eiweissprobe und sonstige Angaben über den Zuckergehalt des Urins.
27. März	Dunkelbraun, klar, urinös.	Sauer.	1026	Dunkelgraubraunes Sediment mit dunklerer Deckschicht.	Morgenurin. Kein Eiweiss.
28. -	dito.	dito.	1025	Mässige Menge graugelbliches Sediment mit starker tiefschwarzer Deckschicht.	Negative Eisenchloridreaction. Eiweissfrei.
29. -	Dunkelgelb, klar, aromatisch.	dito.	**1024**	Wenig grünlichschwarzes Sediment.	Morgenurin. Eiweissfrei.
29. -	dito.	dito.	1025	Graues Sediment.	Mittagsurin. Eisenchloridreaction negativ. Eiweissfrei.
30. -	Tiefdunkelgelb, klar.	dito.	1027	Dunkelgraues Sediment mit dünner schwarzer Deckschicht.	Morgenurin. Ohne Eiweiss.
30. -	Tiefdunkelgelb, klar, aromatisch.	dito.	**1025**	Wenig grünschwarzes Sediment.	Mittagsurin. Eiweissfrei.
30. -	dito.	dito.	1025	Dunkelbraunes Sediment mit dünner schwarzer Deckschicht.	Abendurin. dito.
31. -	dito.	dito.	1026	Hellbraunes Sediment.	Morgenurin. dito.
31. -	dito.	dito.	1026	Graues Sediment mit schwarzer dünner Deckschicht.	Nachmittagsurin. dito.
1. April	Goldgelb, klar, aromatisch.	dito.	1012	Spur dunkelgraues Sediment.	Morgenurin. dito.
1. -	dito.	dito.	1021	Hellgraues Sediment mit tiefschwarzer dünner Deckschicht.	Mittagsurin. dito
2. -	dito.	dito.	1012	Fast sedimentlos.	Morgenurin. dito.
2. -	dito.	dito.	1020	Wenig graugrünliches Sediment.	Nachmittagsurin. Eiweissfrei (vor dem paralytischen Anfall).
2. -	dito.	dito.	1021,5	Reichlich grünlichgraues Sediment mit Spur schwarzer Deckschicht.	Abendurin. Eiweissfrei. (Direct nach dem paralytischen Anfall: Zuckungen am l. Mundwinkel, r. Arm und Vorderfläche des r. Oberschenkels.)
3. -	dito.	dito.	1020	Wenig hellgraues Sediment.	Tagesurin. Eiweissfrei.
4. -	Trübe, weisses Sediment, fötide.	Alkalisch.	1020	Sedimentlos.	Eiweissfrei.
5. -	Hellgelb, trübe.	dito.	1015	dito.	dito.

Digitized by Google

Datum. 1894.	Beschaffenheit des Urins.	Reaction.	Spec. Gew.	Ergebniss der *Nylander*'schen Zuckerprobe.	Eiweissprobe und sonstige Angaben über den Zuckergehalt des Urins.
6. April	Hellgelb, fötide.	Alkalisch.	1016	Fast sedimentfrei.	Eiweissfrei.
7. -	dito.	dito.	1015	Spur weisses Sediment.	dito.
10. -	Trübe, stechender Geruch.	Schwach sauer.	1020	Weisses Sediment.	dito.
16. -	Goldgelb, klar, aromatisch.	Sauer.	1016	Weissgelbliches Sediment.	dito.

Glycosurie wurde in diesem Falle erst bei der 13. Untersuchung sicher festgestellt; später traten geringe Zuckermengen im Urin noch wiederholt (4 mal) zu verschiedenen Zeiten auf. Von besonderem Interesse ist der einmalige directe Anschluss der Melliturie an paralytische Anfälle (7. März 1894), während das zweite Mal keine wesentlichen Urinveränderungen nach denselben zu beobachten waren. Eiweiss wurde so gut wie nie gefunden (eine Spur Eiweiss am 15. März 1894), dafür öfters Propeptonurie. Das specifische Gewicht schwankte sehr erheblich zwischen 1000 und 1040. Alkalisch wurde der Harn anscheinend nur in Folge eines zufälligen Blasencatarrhs (nach Katheterisation), sonst war er überwiegend sauer, selten neutral. — Alles Uebrige ergiebt die Durchsicht der Tabelle.

Literatur.

(Abkürzung: *Laehr* = Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. *Mendel* = Neurologisches Centralblatt. *Erlenmeyer* = Centralblatt für Nervenheilkunde etc.)

1. Dr. *Th. Kirchhoff*, Lehrbuch der Psychiatrie (Schleswig). 1892, S. 204.
2. *Marro*, Der Stoffwechsel bei Geistesstörungen. *Laehr*, 45. Bd. 1889. S. 61*.
3. *R. v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie, IV. Aufl. 1890, S. 145.
4. *E. Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren. (Berlin), 1880. S. 194, 220.
5. *W. Zülzer*, Untersuchungen über die Semiologie des Harns, ein Beitrag zur klinischen Diagnostik und zur Lehre vom Stoffwechsel. *Mendel*, III, 1884, S. 359

Digitized by Google

6. *Rud. v. Jaksch*, Klinische Diagnostik innerer Krankeiten. (Wien). 1887.
7. *F. Penzoldt* (Erlangen). Aeltere und neuere Harnproben und ihr praktischer Wert. II. Aufl. (Jena) 1886.
8. *Herm. Lenhartz* (Leipzig). Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. (Berlin) 1893.
9. *C. Kistermann*, Ueber den positiven Werth der *Nylander*'schen Zuckerprobe. Fortschr. d. Medic. XI. 1893. S. 542.
10. *E. Birt*, On certain questions relating to the urinology of insane. *Méndel*, VI, 1887 S. 139 und *Erlenmeyer* X, 1887. S. 565.
11. *Lailler, A.* Ueber die Ausscheidung der Phosphorsäure im Irresein und der Epilepsie. *Laehr*, 42. Bd. 1886. S. 250*.
12. *Turner*, Bemerkungen über den Urin und die Temperatur bei der allgemeinen Paralyse der Irren. *Laehr*, 47. Bd. 1890/91. S 224*.
13. *Johnson Smyth, W.* Untersuchungen von Blut und Urin bei Geisteskranken. *Laehr*, 48. Bd. 1891/92. S. 225*.
14. *H. Voppel*, Ueber die Harnbeschaffenheit bei Irren. *Erlenmeyer*'s Arch. V, S. 63. — *Laehr*, 19. Bd. 1862. S. 500—506.
15. *C. B. Heinrich* (Königsberg). Neue Beiträge zur Kenntniss der Harnabsonderung bei den Irren. *Laehr*, Bd. VI, 1849. S. 189.
16. *Lailler* (Rouen). Betrachtungen über den Urin in der allgemeinen Paralyse. *Laehr*, 48. Bd. 1891/92. S. 268*.
17. *Falret*, Annal. méd. psychol. 1877. II. S. 431.
18. *Mendel*, Arch. f. Psych. III. S. 654.
19. *Rabow*, Arch. f. Psych. VII. S. 72.
20. *Sutherland* und *Beale*, Med. Chirurg. Transact. 1855.
21. *Addison*. Med. Chirurg. Review 1865.
22. *Merson*, Urinology of general Paralysis. West Riding lunatic Asyl. Reports 1874. Vol. IV. p. 63. — Journ. of ment. science. Jan. 1875. p. 602.
23. *Lailler*, Annal. méd. psychol. 1876.
24. *Lombroso*, Klin. Beiträge d. v. *Fränkel*, 1869. S. 19. 62.
25. *Lailler*, Compt. rend. 78. p. 361.
26. *Rabenau*, Arch. f. Psych. IV. S. 787.
27. *Richter*, Arch. f. Psych. VI. S. 565.
28. *Köppen*, Ueber Albuminurie bei Geisteskranken. *Laehr*, 46. Bd. 1890. S. 285*.
29. *Köppen, Max.* Ueber Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen. *Laehr*, 46. Bd. 1890. S. 47*.
30. *J. Turner*, On the occurrence of albumen in the urine of the insane. *Mendel*, VII, 1888. p. 89. — *Laehr*, 44. Bd. 1888. p. 61*.
31. *Vassale* e *L. Chiozzi*. Sulla presenza dei cilindri jalini nell' orina dei pazzi. *Mendel*, XI, 1892. p. 276. — *Erlenmeyer* XV, 1892. p. 128.

Digitized by Google

32. *Edes*, Discussion über das Verhältniss zwischen Erkrankungen der Nieren und des Nervensystems. *Mendel*, VII, 1888. S. 669.
33. *A. Marro*, Ueber ein diagnostisches Kriterium der allgemeinen Paralyse. *Laehr*, 45. Bd. 1889. S. 118*. — *Mendel*, VII, 1888. S. 268, 665.
34. *Meyer* und *Weber* (Basel), Peptonurie bei progressiver Paralyse. *Laehr*, 47. Bd. 1880/91. S. 101*.
35. *Fronda*, *Rodr.* (Nocera), Die Peptonurie bei Paralytischen. *Laehr*, 49. Bd. 1892/93. S. 152*. — *Erlenmeyer*, XVI, 1893. S. 93. *Mendel*, XI, 1892. S. 688.
36. *M. A. Lailler*, De la peptonurie chez les aliénés. *Mendel*, III, S. 198.
37. *R. v. Jaksch*, Weitere Beobachtungen über Acetonurie. Fortschr. d. Medic. III, 1885. S. 83.
38. *Rud. v. Jaksch*, Ueber Acetonurie und Diaceturie. Fortschr. d. Medic. IV, 1886. S. 336.
39. *Penzoldt*, Beiträge zur Lehre von der Acetonurie und von verwandten Erscheinungen. Fortschr. d. Medic. II, 1884. S. 317.
40. *Moscatelli*, *Reg.*, Über die Gegenwart von Aceton im normalen menschlichen Harn. Fortschr. d. Medic. IV, 1886. S. 667.
41. *F. Rivano*, Sulla acetonuria negli alienati. *Mendel*, VIII, 1889. S. 144. — *Laehr*, 46. Bd. 1890. S. 49*.
42. *Lailler*, Ueber die Acetonurie bei den Geisteskranken. *Laehr*, 49. Bd. 1892/93. S. 68*.
43. *de Boeck* et *Stosse*. Aceton im Urin Geisteskranker. *Laehr*, 49. Bd. 1893. S. 224*.
44. *Dick*, Ueber den diagnostischen Werth der Urobilinurie für die Gynäkologie. Fortschr. d. Medic. III, 1885. S. 512.
45. *Huppert*, Virch. Arch. 59. S. 367. — Arch. f. Psych. VI. S. 189.
46. *de Witt*, American Journal. 138. p. 460. 1875.
47. *v. Rabenau*, Arch. f. Psych. VII. S. 218.
48. *Karrer*, Klin. Wochenschr. (nur in Bezug auf Epileptiker) 1875. S. 372.
49. *Mendel*, Phosphorsäure im Urin von Gehirnkranken. Arch. f. Psych. III. S. 659.
49a. *Schüle, H.* (Illenau), Klinische Psychiatrie. 1886.
50. *Berger*, Psychische Störungen bei Diabetes mellitus. *Laehr*, 41. Bd. 1885. S. 45*.
51. *Legrand du Saulle*, Der psychische Zustand der Diabetiker. *Laehr*, 41. Bd. 1885. S. 46.
52. *Lecorché*, Troubles nerveux dans le diabète chez les femmes. *Mendel*, V. 1886. p. 507.
53. *Liebe*, Ueber Diabetes bei Geistesstörung. *Laehr*, 44. Bd. 1888. S. 674.
54. *Pavy*, Med. Times and Gazette 1879, IX. 6.
55. *Teschenbacher*, Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 31. *Laehr*, 38. Bd. 1882. S. 84.

Digitized by Google

56. *Seegen*, Der Diabetes mell. No. 134.
57. *Savage*, Klin. Lehrbuch S. 494.
58. *Laillier*, Ann. méd. psych. 1869. Serie 5 p. 1.
59. *Cotard*, Alién. ment. et diabète, Arch. gén. 6. XXIX. p. 257.
60. *C. Eugene Riggs*, Melancholia clinically considered especially in its relation to lithaemia, *Bright's* disease and glycosuria. *Erlenmeyer*, XV, 1892. S. 180.
61. *M. J. Madigan*, Insanity and Diabetes. *Mendel*, II, 1883. S. 351. — *Laehr*, 41. Bd., 1885. p. 226. — *Erlenmeyer*, VI. 1883. S. 375.
62. *Ad. Seeligmüller*, Lehrb. der Krankheiten des Rückenmarks und Gehirns. (Halle) 1887. S. 294.
63. *J. Luys*, Contribution à l'étude des lesions du quatrième ventricule dans le diabète spontané. *Mendel*, I. 1882. S. 303.
64. *Fr. Th. Frerichs*, Ueber den plötzlichen Tod und über das Coma bei Diabetes. *Mendel*, II. 1883. S. 156.
65. *de Jonge*, Tumor der Medulla oblongata; Diabetes mellitus. *Mendel*, II, 1883. S. 90.
66. *Richardière*, De la glycosurie et du diabète dans la sclérose en plaques. *Mendel*, VI. 1887. S. 502.
67. *Ebstein* (Wiesbaden), Die Zuckerharnruhr, ihre Theorie und Praxis. *Mendel*, VI. 1887. S. 510.
68. *Theodor Kaes*, Beiträge zur Aetiologie der allgemeinen Paralyse. *Laehr*, 49. Bd. 1893. S. 646.
69. *Schüle*, Sectionsergebnisse S. 109. (conf. *Mendel*, No. 4.)
70. *Voisin* (Paris), Die Beziehungen der Intoxicationen zur allgemeinen Paralyse. *Laehr*, 48. Bd. 1891/92. S. 100*.
71. *H. Flesch* und *Teschenmacher*, Zur Aetiologie des Diabetes mellitus. Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 40 u. 41. — *Erlenmeyer*, XV, 1892. S. 208.
72. *C. Wernicke*, Lehrb. d. Gehirnkrankheiten (Berlin) 1881. II. Bd. S. 21, 41. I. Bd. S. 295.
73. *Ollivier*, Gaz. hebdom. 1875. No. 11—13. Arch. de physiol. 1876. S. 85.
74. *Oscar C. de Wolf* (Chicago). Glycosuria, its complications and therapeutics. *Erlenmeyer*, VII. Jahrg. 1884. S. 263. *Mendel*, III. 1884. p. 524.
75. *Flesch*, *Laehr*. 49. Bd. 1892/93. S. 122*.
76. *C. B. Heinrich*, Rhein. Monatsschr. f. prakt. Aerzte 1847. S. 491.
77. *E. Bumm*, Ueber transitorische Albuminurie und Melliturie bei Delirium tremens. *Mendel*, I, 1882. S. 354.
78. *Lailler*, Zucker im Harn der Irren. *Laehr*, 27. Bd. 1871. S. 91.
79. *Bouillard*, Glycosuria im Beginn der allgemeinen Paralyse. *Laehr*, 45. Bd. 1889. S. 117*.
88. *L. Greppin* (Basel), Ueber 26 Fälle von progressiver Paralyse bei Frauen. *Laehr*, 46. Bd. 1890. S. 553.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Verhandlungen des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins.

Zur Anbahnung eines näheren collegialen Verkehrs und zum gegenseitigen Austausch wissenschaftlicher und praktischer Erfahrungen haben die in des Reiches nordöstlichen Grenzmarken wohnenden Irrenärzte und Neurologen die Gründung eines Vereins beschlossen, der am 30. Juli 1894 zum ersten Male in Zoppot tagte. Aufgefordert zur Theilnahme waren die Aerzte der Anstalten in Pommern, West- und Ostpreussen und Posen, und von allen Anstaltsleitern war, soweit sie nicht persönlich theilnehmen konnten, die Zustimmung zu den Vereinsbestrebungen erklärt. Leider waren viele behindert, u. A. auch die beiden Kliniker in Greifswald und Königsberg. Erschienen waren in Zoppot: *Hesse*-Lauenburg, *Hoppe*-Allenberg, *Kroemer*-Neustadt Westpr., *Mercklin* und *Muermann*-Lauenburg, *Rabbas*-Neustadt, *Siemens*-Lauenburg, *Sommer*-Allenberg, *Warschauer*-Inowrazlaw. — Als Geschäftsführer fungirten *Siemens* und *Kroemer*, als Schriftführer *Muermann*.

Es wird beschlossen, den Verein als Wanderversammlung jährlich ein bis zweimal einzuberufen und zwischendurch eine der Anstalten als Ort zu wählen, während Zoppot für gewöhnlich als gut gelegener und mit den billigen Saisonbillets bequem zu erreichender Mittelpunkt bestehen bleibt.

Vorträge wurden gehalten:

Hoppe-Allenberg, Zur Wärterfrage.

H. hat die Wärterfrage einer nochmaligen Besprechung unterzogen, weil *R. Sommer*-Würzburg in einem Vortrage, den er auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Carlsruhe am 12. November 1893 gehalten hat (Auszug im Centralblatt für Psychiatrie. December 1893), die Grundlagen für die Reorganisation des Irrenwartpersonals, die bisher festzustehen schienen, zu erschüttern versucht und als einziges und hinreichendes Remedium die ständige ärztliche Ueberwachung des Wartpersonals hingestellt hat. *H.* sucht nun nachzuweisen, dass di-
derung der ständigen ärztlichen Ueberwachung oder, wie *Somm*

Digitized by Google

nennt, der nächsten Nähe des Arztes bei den Abtheilungen zunächst unausführbar ist. An den Universitätskliniken allerdings (wie in Würzburg, wo dieselbe seit einiger Zeit wenigstens auf der Männerabtheilung besteht) dürfte diese Forderung durchzuführen sein, da denselben mehr Aerzte und meist auch reichliche Hülfskräfte aus der Reihe der älteren Praktikanten der Klinik zu Gebote stehen. Dem Gros der hier in Frage kommenden Anstalten, den Irren-Heil- und Pflegeanstalten, wird es hierzu stets an Aerzten fehlen; die Einstellung von Hülfskräften aus den älteren Candidaten der Medicin, welche vielleicht mit der geplanten Einführung der einjährigen praktischen Uebungszeit an einem Krankenhause vor Ertheilung der Approbation hier und da auch grösseren Irrenanstalten zur Verfügung stehen dürften, würde *H.* in anderen Beziehungen durchaus nicht für wünschenswerth, sondern eher für einen Nachtheil halten. Aber auch abgesehen davon sind die Irrenanstalten durchaus nicht darauf eingerichtet, die Aerzte für die ständige Aufsicht auf den Abtheilungen zu placiren. Die Anstalten müssten eingerissen und neu aufgebaut werden, wenn das *Sommer*'sche Postulat in seiner Strenge erfüllt werden sollte. *Sommer* hat dasselbe, übrigens, wie er dem Vortr. in einem Schreiben mitgetheilt hat, bereits wesentlich eingeschränkt. Er meint, dass jede Anstaltsleitung unter Berücksichtigung der speciellen Verhältnisse in seinem Sinne vorgehen, und überall in der ärztlichen Aufsicht wenigstens das Mögliche versucht werden soll, eine Forderung, mit der man wohl im Allgemeinen einverstanden sein kann. Die ständige ärztliche Beaufsichtigung des Wartpersonals aber, wie sie *Sommer* in seinem Vortrage gefordert hat, hält *H.* geradezu für eine des Arztes unwürdige Aufgabe. Dazu ist das Oberwartpersonal da, welches an Zahl allerdings auch viel zu gering ist; qualitative Mängel, die hier vielfach bestehen, dürften durch bessere Gehälter beseitigt werden. *H.* macht auf eine bemerkenswerthe Einrichtung aufmerksam, welche Director *Hasse*-Königslutter auf der Frauenabtheilung geschaffen hat. Es sind dies die sogenannten Pflegerinnen, welche eine Zwischenstufe zwischen Oberwärterin und Wärterinnen einnehmen, die Vorgesetzten derselben, von jeder gröberen Arbeit befreit und in erster Linie für eine freundliche liebe- und verständnissvolle Behandlung der Kranken auf der Abtheilung, welcher je eine Pflegerin vorgestellt ist, verantwortlich sind. Diese Pflegerinnen, welche sich ausserordentlich bewährt haben sollen, erhalten in minimo 300, in maximo 500 Mark. Director *Sioli*-Frankfurt hat in ähnlicher Absicht die Stellen von Oberinnen geschaffen und gedenkt in dieser Beziehung noch weiter vorzugehen. Es wäre zu erwägen, ob nicht auch auf den Männerabtheilungen aufsichtführende Damen angestellt werden könnten, da sich geeignete weibliche Kräfte viel leichter beschaffen lassen als männliche.

Schliesslich kann sich *H.* von der ständigen ärztlichen Aufsicht nicht den günstigen Einfluss auf die Qualität des Wartpersonals versprechen, welchen *Sommer* voraussetzt. Die ständige Aufsicht mag, wie die Erfah-

Digitized by Google

rungen Prof. *Pick*'s auf der Irrenklinik zu Prag beweisen, wo die *Sommer*'sche Forderung der nächsten Nähe des Arztes in ziemlich idealer Weise erfüllt ist, wohl zur Fernhaltung vieler Uebelstände führen, welche sich aber sofort wieder zu zeigen beginnen, wenn es an ärztlichen Kräften für die Ueberwachung mangelt. „Die Correctheit des Wartpersonals hält nur so lange vor, wie die ärztliche Ueberwachung, und schwindet mit dieser, hier vielleicht langsamer, dort schneller."

Noch weniger kann *H.* annehmen, dass die ständige Aufsicht eine Verminderung des Wärterwechsels, des Gradmessers für die Güte des Wartpersonals, herbeizuführen geeignet ist, er meint im Gegentheil, dass dieselbe als höchst unbequem empfunden werden und nur den Erfolg haben kann, den Wärterwechsel zu verstärken. Prof. *Pick* hebt speciell hervor, dass auch die günstige Lage der Aerztezimmer nicht verhüten kann, dass sich räudige Elemente unter das Wartpersonal mischen, ebenso wenig wie dadurch der Wärterwechsel verhütet werden kann. *Pick* hält es daher für ganz irrthümlich, dass jene Nähe und die dadurch ermöglichte Ueberwachung die einzige und hinreichende Bedingung für die Sanirung der Wärterfrage sei; es müsse damit eine Hebung des ganzen Wärterstandes durch bessere Bezahlung und durch Unterricht Hand in Hand gehen, wenn etwas erreicht werden solle. Es sind dies die beiden Hauptforderungen, welche Vortr. in seinem Aufsatze: Die Wärterfrage gestellt hat. Dass dieselben in der That im Stande sind, das gewünschte Ziel zu erreichen, haben neuere Erkundigungen ergeben, welche *H.* an den Irrenanstalten München und Frankfurt a. M. eingezogen hat. Prof. *Grashey* sowohl als Director *Sioli* stimmen darin überein, dass sich mit der wesentlichen Verbesserung der materiellen Stellung auch die Qualität des Wartpersonals ganz wesentlich gehoben hat. Ebenso kann Director *Hasse* in Königslutter, wo die Wärtergehälter seit dem 1. April 1892 aufgebessert worden sind (die Wärter bekommen in minimo 400 M. jährlich und steigen von 2 zu 2 Jahren um 70 M., bis sie nach 6 Jahren das Maximum von 800 M. erreicht haben), bei der verhältnissmässig kurzen Zeit schon den Einfluss constatiren, dass bei grösserem Angebot und grösserer Auswahl das männliche Wartpersonal sich wesentlich gebessert hat. Dagegen hat sich sowohl in München als in Frankfurt gezeigt, dass die besseren Stände im Allgemeinen sich nicht für die Krankenpflege eignen, so dass Vortr. von seiner Voraussetzung, die besseren Stände für die Irrenpflege zu gewinnen, zurückgekommen ist. Doch hält er daran fest, dass man wenigstens auf die besten Elemente aus dem Kleinbauer-, Bürger- und Handwerkerstande Anspruch machen kann. Was ferner den Wärterwechsel anlangt, so ist auch dieser, wie zu erwarten, an den genannten Anstalten mit Einführung der höheren Löhne schneller oder langsamer heruntergegangen. Vortr. führt zum Beweise die ihm übersandten Tabellen über den Wärterwechsel an den genannten Anstalten vor. Besonders interessant sind die Münchener Tabellen, welche nach jeder der seit 1876 in 3 Absätzen er-

Digitized by Google

folgten Verbesserung in der materiellen Stellung des Wartpersonals eine deutliche Verminderung des Wärterwechsels erkennen lassen. Vortr. hat auch selbst in Allenberg, nachdem April 1893 die Löhne der Wärter um 5 Mark monatlich erhöht worden sind, eine ähnliche Herabminderung des Wärterwechsels constatiren können, während derselbe bei den Wärterinnen, welche keine Aufbesserung bekommen haben, unverändert stark geblieben ist. Dabei erwähnt Vortr. eine weitere Verbesserung der materiellen Lage der Wärter, welche demnächst ins Werk gesetzt werden soll. Es wird nämlich geplant, Wärtern, welche über 10 Jahre der Anstalt treu gedient haben, mit ihrer Familie ein kleines Anwesen von ca. 20—30 Morgen Land einzurichten und in Pacht zu geben mit der gleichzeitigen Verpflichtung einige Kranke aus der Anstalt (für ein monatliches Pflegegeld von circa 10 Mark) zu übernehmen. Man hofft durch die spätere Aussicht auf eine solche Nährstelle geeignete Elemente zu gutem Verhalten und längerem Verweilen in der Anstalt anzuhalten. Andrerseits dürfte diese Einrichtung dem Uebelstande abhelfen, dass sich die Wärter im Anstaltsdienste bis zur Untauglichkeit abarbeiten.

Zum Schluss bespricht Vortr. die Wärterverhältnisse im Kgr. Sachsen, welche seinen Forderungen am meisten entsprechen. Hier bestehen seit einigen Jahren die vom Vortr. geforderten Wärterschulen, ein Pflegehaus für männliches Wartpersonal in Hochweitschen und eins für weibliches in Hubertusburg. Diese sind nicht nur Unterrichtsstätten für die auszubildenden Pfleger, auch Heimstätten für die bereits ausgebildeten und angestellten Pfleger. Nachdem die ersteren eine Probezeit von drei Monaten durchgemacht haben, werden sie als „Lehrpfleger“ im Pflegeheim theoretisch und als „Hülfspfleger“ auf den Krankenabtheilungen praktisch ausgebildet, worauf sie angestellt werden. Die „Probepfleger“ bekommen ein Taschengeld von 6 Mark monatlich, die Hülfspfleger 37,5 Mark monatlich und die Pfleger 52,5 bis 73 Mark monatlich neben freier Station 2. Klasse.

Diese Einrichtungen sollen sich im Allgemeinen bewährt haben, doch sind die Erfahrungen darüber noch nicht abgeschlossen und weitere Verbesserungen in Aussicht genommen. U. A. sollen die Wärtergehälter noch weiter erhöht werden.

Mit der Einrichtung von Wärterschulen ist auch in den Vereinigten Staaten vorgegangen worden. So werden am Sheppard Asylum (Staat New-York) an der Schule Vorlesungen für Wärter über die verschiedensten, die Kranken- und Irrenpflege betreffenden Gegenstände gehalten. Eigenthümlich und nicht nachahmenswerth ist, dass diese Vorträge nicht von den Anstaltsärzten gehalten werden, sondern für dieselben eine grosse Anzahl von Docenten und Leitern der verschiedenen Krankenhäuser gewonnen sind.

Vortr. fasst die Resultate seines Vortrages in folgenden Sätzen zusammen:

Zur Besserung des Wärtermaterials und Hebung des Wärterstandes

Digitized by Google

sind 1) wesentliche Erhöhung der Wärtergehälter und 2) Einrichtung von Wärterschulen unbedingte Erfordernisse. In dritter Linie soll dazu genaue Beaufsichtigung des Wartpersonals kommen, welche aber weniger durch die Aerzte als durch das Oberwartpersonal zu geschehen hat, am besten durch die in Königslutter eingeführte Einrichtung der zwischen Oberwärter und Wärter stehenden Pfleger, welche die Aufsicht über je eine Abtheilung zu führen haben. (Autoreferat.)

Discussion: *Sommer:* Ein wesentliches Agens beim Wärterwechsel in den östlichen Provinzen ist „der Zug nach dem Westen". In seiner Anstalt wechselt etwa ein Drittel des Personals jährlich. Andrerseits habe er Wärter, die 25 Jahre bei der Anstalt seien. Doch ist er der Meinung, dass ein Wärter nach 10 Jahren für die Anstalt abgearbeitet und dann zu pensioniren sei. In Allenberg wird in dieser Beziehung jetzt eine bemerkenswerthe Einrichtung getroffen, welche ausführlich mitgetheilt wird. Die Provinz hat bereits eine kleine Meile von der Anstalt entfernt ein grösseres Areal angekauft. Hier erhält ein Wärter nach 10jähriger Dienstzeit als Aequivalent für die Pension etwa 30 Morgen Land mit den nöthigen Gebäuden und Inventar gegen jederzeitigen Widerruf. Er soll hier 4 bis 6 Kranke aufnehmen und beschäftigen gegen ein monatliches Pflegegeld von etwa 8 Mark pro Kopf. —

Siemens warnt davor, die Verhältnisse in Süddeutschland ohne Weiteres mit unseren ostdeutschen Verhältnissen in Vergleich zu stellen. Die Preise der Lebensmittel, die Höhe der Löhne und die Ansprüche an die ganze Lebenshaltung sind ganz ausserordentlich verschiedene zwischen dem Osten und Süd- oder Mitteldeutschland. —

Krömer betont die verschiedene Auffassung der Sache Seitens der verschiedenen Anstaltsleiter; manche sind scharf in der Controle und rigoros im Fortschicken des Wartpersonals, manche weniger; manche lieben altes, langgedientes Personal, andere haben frische Kräfte lieber. In Neustadt speciell spielen auch die confessionellen Gegensätze eine Rolle. Beim weiblichen Wartpersonal gehen viele und nicht die schlechtesten in Folge Verheirathung ab. Die Erfahrungen in Süddeutschland bezw. Oesterreich, wo die Frauen der verheiratheten Wärter in den Männerabtheilungen wohnen und gewisse dienstliche Functionen haben, sind nach eigener Aussage der dortigen Collegen nicht sehr günstig. Auch in Sachsen ist man zurückhaltend mit dem Urtheil. *Kr.* glaubt nicht, dass sich bei uns hier für die Wärterschule jemand Brauchbares nur gegen freie Station, ohne Gehalt, finden würde. — Berlin und Umgegend sei wegen der dort gezahlten höheren Löhne ein beständiger Anziehungspunkt für unsere jüngeren Wärter und Wärterinnen. Andrerseits seien die Löhne an unsern Anstalten schon so hoch, dass sich die hiesigen Grundbesitzer beschweren, dass die Anstalten ihnen die Arbeitskräfte abzögen und mit ihren hohen Löhnen die Ansprüche der Leute steigerten. Im Allgemeinen müsse anerkannt wer-

Digitized by Google

den, dass die Löhne gegen früher bereits bedeutend erhöht seien, so dass sie für die hiesigen Verhältnisse einigermaassen ausreichten; weitere Verbesserung sei anzustreben. Verheirathete solide Wärter geben erfahrungsgemäss ihre Stellung sehr selten auf und sind zufrieden.

Der einfache Vergleich statistischer Zahlen über den Wärterwechsel in den verschiedensten Anstalten Deutschlands muss daher unzutreffend sein. Der Vorschlag, zwischen Oberwartpersonal und Wärtern und Wärterinnen eine Zwischenstufe zu schaffen aus besseren Elementen, ist beachtenswerth, wenn auch schwierig auszuführen. —

Es folgte der Vortrag von *Mercklin* (Lauenburg i. P.) „Ueber Krankheitsbewusstsein bei der Paranoia", welcher unter den Originalien dieses Heftes abgedruckt ist. An den Vortrag schloss sich eine kurze Discussion.

Dr. *Muermann.*

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Fünfzigjähriges Jubiläum der Privat-Heilanstalt zu Endenich.

Am 26. October d. J. sind 50 Jahre verflossen, seitdem die Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Endenich bei Bonn durch die Aufnahme des ersten Kranken eröffnet wurde. Dieselbe war die erste ihrer Art in der Rheinprovinz, in welcher damals (1844) nur die eine öffentliche Irren-Heilanstalt zu Siegburg bestand ausser mehreren anderen Pflegeanstalten für Unheilbare und Siechen-Abtheilungen in grösseren Krankenhäusern. Um die fachmännische Behandlung der Geisteskranken in besonders hiezu erbauten oder hinterher dazu eingerichteten Anstalten sah es zu der Zeit noch misslich aus in unserer Rheinprovinz, da das einzige Siegburg, vorher eine Benediktiner-Abtei, erst seit ein paar Jahrzehnten (1825) seiner neuen Bestimmung übergeben worden war. Um seiner Auffassung von der Behandlung solcher Zustände einen greifbaren Ausdruck zu geben und dieselbe in selbständiger praktischer Thätigkeit zu verwerthen, gründete Dr. *Richarz* 1844, nachdem er etwa 8 Jahre 2. Arzt in Siegburg unter *Jacobi* gewesen war, die Anstalt zu Endenich. In den Kreisen seiner Fachgenossen, deren damals viele aus Deutschland und den Nachbarländern zu *Jacobi* pilgerten, um sein Wirken und Schaffen aus eigener Anschauung kennen zu lernen, war *Richarz* bereits bestens bekannt und eine Schrift von ihm „Ueber öffentliche Irrenpflege und die Nothwendigkeit ihrer Verbesserung mit besonderer Rücksicht auf die Rheinprovinz. Bonn 1844" hatte gerade zu jener Zeit Aufsehen erregt. Er wies die Unzulänglichkeit der bestehenden Einrichtungen und speciell Siegburgs nach und forderte für unsere Provinz 5 neue Anstalten, für jeden Regierungsbezirk eine besondere zunächst nur für 50 Kranke, entsprechend dem hervorgetretenen Bedürfniss. 21 Jahre später erlebte er, da die Missstände in Siegburg immer schreiender geworden und eine Abstellung derselben im Interesse der Kranken fortschreitend dringender auch von dem damaligen Director *Werner Nasse* verlangt wurde, nach erneuter Darlegung seiner Gedanken über diesen Gegenstand und an maassgebender Stelle die Genugthuung, dass der Provinziallandtag seinen Vorschlag im Princip

Digitized by Google

annahm und in dem folgenden anderthalb Jahrzehnt in erheblich erweitertem Maasse, den gesteigerten Anforderungen der Zeit entsprechend, zur Ausführung brachte, indem er über andere engere Pläne hinausging. *Richarz* stand ganz an der Spitze seiner Anstalt, bis er im April 1859 die Verwaltung derselben abgab, aber als Arzt an derselben thätig blieb, während er, schon vorher allmälig mehr sich zurückziehend, mit October 1872 auch als solcher ihr fern trat und sich mit wissenschaftlichen Studien und Arbeiten beschäftigte bis zu seinem Tode am 26. Januar 1887. Neben *Richarz* und nach ihm waren und sind an der Anstalt als Aerzte thätig: Dr. *Willing*, später viele Jahre 2. Arzt in Siegburg, Geh. Rath Dr. *Hertz* 1846—49, der dann seine eigene Heilanstalt in Bonn gründete, Geh. Rath Dr. *Reumont* 1849—52, welcher später in Aachen prakticirte, ferner Dr. *Peters*, nachher zu Kessenich in eigenem Asyl thätig, von 1852—61 mit kurzer Unterbrechung in 1859, wo Dr. *Bayer*, später Geh. Med.-Rath in Düsseldorf, und Dr. *Paetsch*, seitdem in Berlin, an der Anstalt wirkten, sodann Sanitätsrath Dr. *Oebeke* seit 15. August 1859, Dr. *Goblet* 1865—66, hinterher in Aachen, Dr. *Heyden* seit October 1872 und Dr. *von der Helm* seit October 1888. Dr. *Oebeke* fungirte seit October 1861 gemeinsam mit Dr. *Richarz*, seit October 1872 als alleiniger Leiter des Hauses, bis er die Verwaltungsgeschäfte und die directe ärztliche Ueberwachung October 1889 auf Dr. *Heyden* übertrug, während er bis jetzt als 1. Arzt thätig ist. So arbeiten seit Jahren an der Anstalt die drei zuletztgenannten Aerzte. Mehrere der Aerzte haben sich durch besondere praktische und wissenschaftliche Leistungen auf medicinischem und speciell psychiatrischem Gebiete hervorgethan und sich einen weithin bestens bekannten Namen erworben. Die Anstalt ist aus kleinen Anfängen unter schwierigen Verhältnissen emporgewachsen, denn vor 50 Jahren war es noch ein ungewöhnliches Unternehmen, ein Privatkrankenhaus dieser Art ins Leben zu rufen, und viele verständige Männer, die den Gedanken zur Schaffung eines solchen principiell wohlwollend und freundlich begrüssten, äusserten schwere Bedenken gegen die praktische Durchführbarkeit und die Lebensfähigkeit eines solchen, bis dahin in Deutschland nur vereinzelt bestehenden Instituts. Wie haben sich seitdem diese Verhältnisse gewandelt!

Endenich ist allmälig gewachsen. Anfänglich auf etwa 10—12 Kranke eingerichtet, kann es jetzt in verschiedenen getrennten Gebäuden und Abtheilungen 52 Kranke beiderlei Geschlechts fassen. Auf sein 25jähriges Bestehen wies seiner Zeit ein Artikel in dieser Zeitschrift Bd. 27 S. 249 hin. Ausserdem geben mehrere Jahresberichte aus früherer Zeit, in dem damaligen Correspondenzblatt für Psychiatrie, von Seiten der Cölner Regierung veröffentlicht, Kunde von dem Wirken der Anstalt, ebenso ein Bericht im Irrenfreund, 1875, No. 5 u. 6 und zwei grössere eingens gedruckte Berichte über die Jahre 1873 bis 1878 incl. und von 1879 bis Ende 1890. Alle diese sind von Dr. *Oebeke* verfasst. Das Haus hat seinen guten Ruf bewahrt und wird noch allerwärts unter den besten Privatanstalten

Digitized by Google

unseres Vaterlandes genannt. Hoffen wir ein weiteres Blühen und Gedeihen unter seinem Wahlspruch: „Salus aegrotorum suprema lex esto".

Aus der Provinz Schlesien. — Die Maassregeln zur Ausführung des Gesetzes vom 11. Juli 1891 über die ausserordentliche Armenlast haben allmälig eine gewisse Bestimmtheit gewonnen, sodass eine Mittheilung über den gegenwärtigen Stand der Sache gerechtfertigt erscheint. Der Provinzialverband hat drei Anstalten eingerichtet, unter dem Namen Provinzialpflegeanstalt, und zwar in Freiburg, Regierungsbezirk Breslau, und in Lublinitz und in Kattowitz, Regierungsbezirk Oppeln. Ausserdem sind Verträge zur Aufnahme von Kranken abgeschlossen mit der Idiotenanstalt Wilhelm- und Augusta-Stift zu Liegnitz, mit dem Samariterordens-Stift zu Kraschnitz, Regierungsbezirk Breslau, und mit der Anstalt zur Erziehung schwachsinniger Kinder zu Leschnitz, Regierungsbezirk Breslau.

Die Vertheilung der Kranken wird von dem Landarmenverbande der Provinz Schlesien zu Breslau vorgenommen. Im Ganzen wird dabei nach dem Vorschlage des Unterzeichneten, der vom Provinzialausschuss zum ärztlichen Berather des Landeshauptmanns in diesen Fragen bestellt worden ist, folgendermaassen verfahren. Aus der westlichen Hälfte der Provinz kommen fast sämmtliche Epileptischen und die Idioten in die Freiburger Anstalt, die einer ärztlichen Behandlung und Leitung besonders bedürfen; die Anstalt ist mit allen Mitteln der ärztlichen Kunst und Wissenschaft ausgerüstetet, ferner mit Werkstätten und Gärten und Feldern versehen und besitzt eine Schule, woran drei Lehrerinnen unter Leitung des Directors unterrichten. Ausser dem Unterzeichneten sind zwei Aerzte daran angestellt. Die Liegnitzer Anstalt nimmt vorzugsweise bildungsfähige jüngere und harmlose ältere Idioten auf; sie steht unter Leitung eines Lehrers, ein Arzt ist im Nebenamt thätig: Sanitätsrath Dr. *Süssenbach*. In der östlichen Hälfte der Provinz werden die Epileptischen und die tiefer stehenden Idioten vorzugsweise der Provinzial-Pflegeanstalt zu Lublinitz überwiesen, der als dirigirender Arzt der Oberarzt Dr. *Jessen* vorsteht; im ärztlichen Bereich völlig selbständig führt er unter der Firma „Direction" die Verwaltung gemeinsam mit dem Director der Zwangserziehungsanstalt daselbst, wo die Küche und die Wäsche der Pflegeanstalt besorgt werden. Die Provinzial-Pflegeanstalt zu Kattowitz steht unter Leitung eines Lehrers; als Arzt wirkt im Nebenamt Dr. *Arendt*. Jüngere bildungsfähige Idioten bilden den Bestand; zum grossen Theil sind sie nach kürzerer oder längerer Vorbereitungszeit aus der Freiburger Anstalt nach Kattowitz übergeführt worden. Die Privatanstalten in Leschnitz und Kraschnitz übernehmen die Kranken, die in den Provinzialanstalten nicht Platz finden. Gegenwärtig werden in Freiburg etwa 335, in Lublinitz und in Kattowitz je etwa 100 verpflegt; die beiden ersten sind in der Erweiterung begriffen, die letzte kann noch etwa 50 Kranke aufnehmen. Den Privatanstalten sind

Digitized by Google

bisher etwa 200 Kranke überwiesen. Die Behandlung und Beschäftigung richtet sich nach den Statuten und Reglements der einzelnen Anstalten. Für die Anstalten des Landarmenverbandes sind im Reglement folgende Grundsätze aufgestellt: 1) „Die Behandlung und Beschäftigung der Kranken ist so zu gestalten, dass die Kranken körperlich gekräftigt, geistig erweckt und womöglich zur Erwerbsfähigkeit herangebildet werden.“ 2) „Nach Anordnung des Anstaltsleiters, und wenn dieser kein Arzt ist, nur unter Zustimmung des Anstaltsarztes, können körperliche Zwangsmittel angewendet werden.“ 3) „Eine Beurlaubung der Kranken durch den Anstaltsleiter ist, wenn letzterer nicht selbst Arzt ist, nur mit Zustimmung des Anstaltsarztes dann zulässig, wenn feststeht, dass für die Kranken ausserhalb der Anstalt genügend gesorgt ist.“ Gegenüber den Privatanstalten hat der Landeshauptmann sich ein gewisses Aufsichtsrecht vorbehalten, wobei bisher die Mitwirkung des Unterzeichneten in Anspruch genommen ist. Dr. *Otto Dornblüth.*

Freiburg, Schlesien, September 1894.

Statistik der Irrenanstalten in Preussen. — Nach der so eben fertiggestellten Statistik der Irrenanstalten in Preussen während der Jahre 1889 bis 1891 ist die Zahl der Anstalten von 154 auf 203 gestiegen und es wurden in ihnen im Jahre 1891 45407 Geisteskranke gegen 25568 im Jahre 1880, also nach zwölf Jahren 77,6 pCt. mehr, verpflegt. Nach einzelnen Krankheitsformen in Betracht gezogen, zeigen Bestand und Zugang innerhalb des bezeichneten Zeitraums kaum nennenswerthe Abweichungen; nur die Krankheitsform „Paralytische Seelenstörung“ führt Männer und Frauen in den letzten Jahren zahlreicher in die Irrenanstalten. Unter 100 Geisteskranken, die 1880 aufgenommen wurden, befanden sich 10,10 Personen, die diese Krankheitsform zeigten, während 1891 dies bei 15,06 Personen der Fall war. Allgemeine Aufmerksamkeit verdient die Thatsache, dass der Bestand der Anstalten im Verhältnisse zum Zugange der Geisteskranken von Jahr zu Jahr steigt. Die Erklärung für diese Erscheinung liegt in dem zeitlichen Verlaufe der Geisteskrankheit. Die vorliegenden statistischen Tabellen lassen erkennen, wie der Abgang der Geisteskranken aus den Anstalten von Jahr zu Jahr geringer wird. Durch den Tod sind mit geringen Schwankungen rund 8 pCt. der in den Anstalten Verpflegten jährlich dahingerafft, während die Heilungen und Besserungen der Geisteskrankheit an Zahl verhältnissmässig immer kleiner werden. Man will den Grund für die jährliche Verminderung des Abganges in dem Umstande sehen, dass die Erkrankten nicht sofort, sondern erst, nachdem die Geisteskrankheit schon Monate oder Jahre bestanden hat, den Anstalten zugeführt werden. Durch diese Verzögerung der Aufnahme in die Irrenanstalten wird begreiflicher Weise die Aussicht auf Heilung der Geisteskrankheit oft

Digitized by Google

vermindert und aufgehoben, mindestens aber der Verlauf der Krankheit in die Länge gezogen. (Hamb. Corr. 1894. No. 654.)

Verordnung des Ministeriums des Innern vom 30. Mai 1894 (G.- u. Verordn.-Bl. 8/94) im Kgr. Sachsen. — Das Ministerium des Innern hat sich veranlasst gesehen, über die Unterbringung von Kranken, insbesondere von Geisteskranken, in Privat-Irrenanstalten besondere Bestimmungen zu treffen und verordnet daher unter Aufhebung der früher deshalb erlassenen Verordnungen wie folgt:

1. Die Aufnahme Geisteskranker in eine nach § 30 der Gewerbeordnung concessionirte Privat-Irrenanstalt darf nur auf von den Angehörigen, dem gesetzlichen Vertreter oder der Polizeibehörde gestellten Antrag, sowie auf Grund eines mit ausführlicher Krankengeschichte versehenen Zeugnisses eines approbirten Arztes erfolgen, durch welches bescheinigt wird, dass der Aufzunehmende an einer Geisteskrankheit leidet und der Pflege in einer Irren-Heilanstalt bedarf.

Wohnt der Aussteller des ärztlichen Zeugnisses nicht im Königreich Sachsen, so ist der Approbationsnachweis beizufügen. Andernfalls ist zu verlangen, dass das Zeugniss von einem Bezirks- oder Gerichtsarzt des Königreichs Sachsen geprüft und durch die beizufügende Bescheinigung vervollständigt werde, dass oder inwieweit der Inhalt mit den eigenen auf persönlicher Prüfung des Aufzunehmenden beruhenden Ansichten dieses Arztes übereinstimmt.

Die auf die Kranken bezüglichen, zur Aufnahme in die ärztlichen Zeugnisse nicht geeigneten Familienverhältnisse sind dem Leiter der Privat-Irrenanstalt, welcher darüber die strengste Verschwiegenheit zu beobachten hat, besonders mitzutheilen.

2. In ganz besonderen Ausnahmefällen, in denen die Zurückweisung eines der Anstalt unangemeldet zugeführten Geisteskranken offenbar nicht ohne dringende Gefahr für ihn selbst oder seine Begleitung thunlich sein sollte, darf die Aufnahme vorläufig ohne ärztliches Zeugniss erfolgen. Doch ist solchen Falls letzteres binnen 24 Stunden nachträglich zu beschaffen. Sofern dies aber unthunlich, ist die aufgenommene Person längstens innerhalb dreier Tage von dem zuständigen Bezirksarzte zu untersuchen und die Nothwendigkeit ihrer Aufnahme in die Anstalt zu bescheinigen.

3. Bei Aufnahme beziehentlich Beibehaltung zu einer über vier Wochen andauernden Verpflegung Geisteskranker ist vormundschaftliche Zustimmung, im Fall bestehender väterlicher Gewalt väterliche Zustimmung zu erfordern.

4. Ist festgestellt worden, dass der in die Anstalt aufgenommene Kranke in der That geisteskrank ist, so hat der Leiter der Anstalt alsbald der Gerichtsbehörde des letzten Wohnorts und in dessen Ermangelung des

Digitized by Google

letzten Aufenthaltsortes des Aufgenommenen von dessen geistigen Erkrankung Anzeige zu erstatten.

5. Die Entlassung des Geisteskranken aus der Anstalt hat zu erfolgen, wenn derselbe genesen ist oder sobald dessen gesetzlicher Vertreter beziehentlich unter Beitritt der Vormundschaftsbehörde die Entlassung verlangt.

Gemeingefährliche Geisteskranke dürfen nur dann entlassen werden, wenn die Polizeibehörde seines künftigen Wohnorts bescheinigt, dass für genügende Beaufsichtigung und Sicherung des zu Entlassenden Sorge getragen sei.

6. Sowohl über die Aufnahme jedes Kranken und zu Verpflegenden, also auch der nicht an eigentlicher Geisteskrankheit Leidenden, in die Anstalt als über die erfolgte Entlassung aus derselben ist der Polizeibehörde (Stadtrath, Bürgermeister, Gemeindevorstand, Gutsvorsteher) des Ortes, in welchem die Anstalt gelegen ist, binnen 24 Stunden schriftliche Anzeige zu erstatten.

7. Ueber jeden in der Anstalt verpflegten Kranken sind gesonderte Personalacten, die den Aufnahmeantrag, das Aufnahmezeugniss, den Nachweis über erfolgte An- und Abmeldung, sowie über etwaige Entmündigung zu enthalten haben, ebenso ein Krankenjournal mit vollständiger Krankengeschichte zu halten. Auch ist ein Hauptjournal über sämmtliche in der Anstalt aufgenommene und verpflegte Kranke zu führen.

8. Die Beaufsichtigung der Privat-Irrenanstalten, sowie die erstinstanzliche Entschliessung über Beschwerden, welche vom Betheiligten über die Leitungen dieser Anstalten erhoben werden, liegt der zuständigen Amtshauptmannschaft beziehentlich dem Stadtrath im Einvernehmen mit dem Bezirksarzt ob. Letzterer hat übrigens wegen regelmässiger Revision dieser Anstalten dem § 19 der unter dem 10. Juli 1884 (G.- u. V.-Bl. S. 209) veröffentlichten neuen Instruction für die Bezirksärzte nachzugehen.

9. Zuwiderhandlungen gegen die vorstehenden Bestimmungen unter 1 bis 7 werden an den Leitern der Privat-Irrenanstalten mit Geldstrafe bis zu 150 Mk. oder mit Haft bestraft.

Gründung einer Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder im Kanton Baselland. — In der Staatsverfassung vom 4. April 1892 ist folgende Bestimmung:

> Der Staat unterstützt Privatvereine, welche die Hebung der ärmeren Volksklassen zum Zwecke haben. Er betheiligt sich auch an der Erziehung und Versorgung blinder, taubstummer, schwachsinniger und sittlich verwahrloster Kinder.

Ein Verein bildete sich zur Gründung einer besonderen Erziehungsanstalt für schwachsinnige aber doch bildungsfähige Kinder, welche den regelmässigen Fortgang des Klassenunterrichts hindern, die Kraft der Lehrer

Digitized by Google

auf Kosten der übrigen Mitglieder erschöpfen, selbst die Folgen einer nicht möglichst ausgeführten Ausbildung tragen müssen und in der Regel später den Armenkassen zu Last fallen. October 1893 gaben im Kanton Basel genaue Erhebungen der Erziehungsdirection an, dass die Zahl der schwachsinnigen Kinder 89 beträgt und 1 Gemeinde mit 10, 2 Gemeinden mit je 6, 1 Gemeinde mit 5, 5 Gemeinden mit je 4, 1 Gemeinde mit 3, 12 Gemeinden mit je 2, 15 Gemeinden mit je 1 schwachsinnigen Kindern. Von den beiden Anstalten des Kantons Aargau beherbergt das von theodosianischen Schwestern geleitete Institut in Bremgarten 85 Kinder und die Anstalt Biberstein über 30, ursprünglich 20; aber diese Zahl musste schon 1891 auf 30 erhöht werden, und nunmehr denkt man daran, die Gebäulichkeiten für 40—50 einzurichten.

Die Kosten würden nach dem Resultate der Anstalt Biberstein — denn Bremgarten, weil von Ordensschwestern geleitet, hat in seinem Rechnungswesen, namentlich in Bezug auf Besoldung der Lehrkräfte keine besondere Basis — folgende sein. Bei einer Maximalzahl von 40 Zöglingen kommt eine Jahresausgabe von 12644 Frcs. oder pro Kind 316,62 Frcs. und pro Tag 0,87 Frcs. Die Einnahme an Kostgeldern betrüge 7762 Frcs., pro Kopf 194,05 Frcs, pro Tag 0,53 Frcs. Die Mehrausgabe betrüge 4902 Frcs.

Aus der Handschin-Stiftung können nach den in dessen Testament niedergelegten Bestimmungen 10000 Frcs. für die neu zu begründende Anstalt erhofft werden. (Baseler Nachr. 1894. No. 250.)

Digitized by Google

Personal-Nachrichten.

Dr. *Joh. Feldkirchner*, 2. Arzt der Kreisirrenanst. Klingenmünster, ist zum Director der Kreisirrenanst. „Karthaus Prüll",

Dr. *von Monakow*, Privatdocent an der Univers. Zürich, ist zum Prof. e. o. an der Univers. Graz und zum Dir. der psych. Klinik,

Dr. Freiherr *von Blomberg*, 3. Arzt der Prov.-Irrenanst. Lauenburg i. P., zum 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. in Dzickanko bei Gnesen ernannt worden.

Dr. *Heinrich Hoffmann*, Geh. San.-Rath u. fr. Dir. der Irrenanst. zu Frankfurt a. M., ist am 21. Sept. gestorben. Ein Nekrolog dieses Seniors der deutschen Irrenärzte wird nachfolgen.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIV. OF MICH.
AUG 30 1907

Digitized by Google

Digitized by Google